Rok XLIX. Kraków, dnia 22 stycznia 1910. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Rzut oka na nowsze zdobycze dyagnostyczne w medycynie wewnętrznej.

Wykład wstępny na kursie medycyny wewnętrznej dla lekarzy praktycznych.

Podał

Doc. Dr Erwin Mięsowicz.

W dzisiejszym wykładzie mam przedstawić w krótkiem zestawieniu nowsze zdobycze dyagnostyczne, o ile dotyczą kliniki chorób wewnętrznych. Sądzę, że najlepiej odpowiem memu zadaniu, jeżeli przedstawię tylko to z nowszych postępów dyagnostycznych, co obecnie w rzeczywistości zasługuje, by weszło w użycie w praktyce lekarskiej i co przez lekarza praktycznego, czy to bezpośrednio, czy też za jego zarządzeniem przez innych, może być w celach rozpoznawczych zastosowane.

Jak wiadomo, opiera się dzisiaj rozpoznawanie już nietylko na samej bystrości czy też indywidualnej intuicyi dyagnostycznej badającego, nietylko na samem osobistem doświadczeniu lekarza, ale także na szeregu rozmaitych metod badania, które w mniej lub więcej dokładny sposób wykrywają, w jakich narządach i w jaki sposób czynność uległa zaburzeniu. Z całego szeregu szczegółów rozpoznawczych zestawiamy podług zasad logiki lekarskiej obraz, który tworzy mniej lub więcej dokładne rozpoznanie.

Przegląd nasz rozpocznę od jednej z dawniejszych metod badania klinicznego, a mianowicie osłuchiwania i opukiwania.

Aczkolwiek badanie zapomocą promieni Röntgena współzawodniczy obecnie z t. zw. badaniem fizycznem chorych, to mimoto sposób badania za pomocą opukiwania i osłuchiwania utrzymał się w dawnej swej powadze, a nawet w najnowszych czasach poczęto nań ponownie zwracać większą uwagę, jak to wykazują badania Maya, de la Campa, Oestreicha, Goldscheidera, Króniga, F. Müllera i jego szkoły.

Goldscheider, Turban i Sahli podnoszą ważność oznaczania względnego stłumienia sercowego i polecają dla oznaczenia tego stłumienia używać słabego opukiwania. G. Müller jest zdania, że względne stłumienie sercowe również dobrze oznaczyć można zapomocą silniejszego opukiwania. Sądzi zupełnie słusznie, że ponieważ tak klinicyści, posługujący się silnem pukaniem, jak i klinicyści, pukający słabo, osiągali te same wyniki, jak to niewątpliwie stwierdzono zapomocą prześwietlania promieniami Röntgena (ortodiagrafia), przeto oznaczenie względnego stłumienia sercowego zależy bardziej od bystrości osłuchiwania, niżeli od sposobu opukiwania. Stłumienie względne daje nam w rzucie na ścianę klatki piersiowej obraz wielkości serca, a rozpoczyna się tam, gdzie przy opukiwaniu stwierdzamy pierwsze ślady osłabienia odgłosu opukowego jawnego (płucnego). Bezwzględne zaś stłumienie sercowe odpowiada tej części mięśnia sercowego, która bezpośrednio przylega do klatki piersiowej, a przy opukiwaniu przedstawia się jako przestrzeń największego (maksymalnego) stłumienia. Bezwzględne stłumienie sercowe nie przedstawia jednak dla ucha naszego odgłosu stłumionego takiego samego charakteru, jak n. p. stłumienie wątrobowe, lub odgłos, wywoływany przy opukiwaniu uda. Część mięśnia sercowego, przylegająca do ściany klatki piersiowej, daje zawsze stłumienie o mniejszem nasileniu, niż np. stłumienie wątrobowe. Szczególniej w przypadkach takich, gdzie lewy płat wątroby jest niewielki i serce dotyka bezpośrednio do żołądka, bezwzględne stłumienie sercowe może być niewyraźnem, gdyż przy opukiwaniu wywołujemy prócz odgłosu stłumionego odgłos jawny bębenkowy, pochodzący z współbrzmienia żołądka, który zaciera różnice granic. Przez bardzo słabe opukiwanie można uniknąć współbrzmienia odgłosu bębenkowego, pochodzącego z żołądka.

Badanie promieniami Röntgena (ortodiagrafia) wykazało, że prawa granica mięśnia sercowego sięga 3—4 cm na prawo od linii środkowej ciała. Znaczy to, że prawa granica serea przekracza na zewnątrz około 1—2 cm prawy brzeg mostka. Stan ten stwierdzać można niekiedy opukiwaniem przy korzystnych warunkach, mianowicie u ludzi młodych z elastyczną klatką piersiową. Wobec tego z ostrożnością przyjmować należy panujące dotąd przekonanie, jakoby każde stwierdzenie stłumienia sercowego po prawej stronie mostka zawsze przemawialo za przerostem prawej komory. Tak samo rozpoznanie niedomykalności zastawki dwudzielnej nie będzie zależeć od wykazania stłumienia sercowego po prawej stronie mostka. Przerost prawej komory będzie zatem można napewno stwierdzić dopiero wówczas, jeżeli stłumienie sercowe przekroczy na zewnątrz prawy brzeg mostka przeszło na 2 cm. Chorobowe powiększenie stłumienia sercowego na prawo jest najczęściej następstwem rozszerzenia prawego przedsionka, a to z tego powodu, że prawy przedsionek stanowi najbardziej na prawo wysuniętą część

serca. Czasem jednak zwiększenie się prawostronnego stłumienia może być wywołane rozszerzeniem komory prawej. W tym przypadku jednak zwykle także i przedsionek prawy jest znacznie rozszerzony. Przerost prawego serca bez rozszerzenia rzadko wywołuje wyraźne powiększenie się stłumienia sercowego po prawej stronie mostka. Z tego też powodu nie powinno się na podstawie samego tylko stwierdzenia stłumienia sercowego po prawej stronie mostka, rozpoznawać przerostu prawej komory serca. Łatwiej to można rozpoznawać na podstawie skurczowego unoszenia się klatki piersiowej po lewej stronie mostka w okolicy stożka tętniczego (conus arteriosus), lub na podstawie tętnienia w nadpępczu (epigastrium).

Bardzo ciekawe wyniki z badań co do akustycznych właściwości opukowych uzyskali Selling, Edelman i Scripture, którzy z inicyatywy F. Müllera odgłosy te metodami fizycznemi zbadali. Wyniki badań tych przedstawia F. Müller w sposób następujący: Skoda określił odgłosy opukowe jako jawny i stłumiony, pełny i krótki, bębenkowy i niebębenkowy, wysoki i nizki.

Należało najpierw stwierdzić, czem się odróżnia akustycznie np. odgłos jawny płucny od odgłosu stłumionego, wydawanego przez narządy bezpowietrzne. Doświadczenie poucza, że stłumienie w zakresie granic płucnych bardzo często wywołane bywa przez nierównomierne pukanie. Dlatego warunkiem rzetelnego opukiwania jest ścisła równomierność i bezstronność w opukiwaniu. W badaniach akustycznych wywoływano, celem uniknięcia jakiejkolwiek nierównomierności, odgłosy opukowe w sposób mechaniczny. Należało wynaleść jakiś sposób postępowania, któryby umożliwiał porównanie jawności wywoływanych odgłosów, czyli porównanie amplitudy drgań. W tym celu zastosowano metodę, używaną przez otyatrów, to znaczy mierzono odległość, w której odgłos opukowy zaledwie był słyszalny. Stwierdzono, że odgłos opukowy płucny słychać w odległości 5 razy większej, aniżeli odgłos stłumiony udowy. Dokładniejsze pomiary jawności odgłosów opukowych można było uzyskać następującymi sposobami badania: Odgłos opukowy działał na mikrofon, ustawiony w blizkości badanego. Wahania w nastawieniu prądu elektrycznego w mikrofonie mierzono zapomocą galwanometru Einthowena i zapisywano drogą fotograficzną. Stwierdzono, że amplituda drgań odgłosu jawnego płucnego jest bez porównania większa, aniżeli odgłosu stłumionego. Równocześnie stwierdzono także, że czas trwania drgań wynosi dla odgłosu opukowego jawnego 0·42, dla stłumionego 0·28. Te wyniki stwierdzono również przez chwytanie odgłosu opukowego na woskową cewkę fonografu.

Na podstawie tych wyników można było słusznie twierdzić, że odgłos jawny jest jednoznaczny z głośnym, stłumiony z cichym, jeżeli za ocenę weźmiemy amplitudę pojedynczych drgań. Badania powyższe rzucają także pewne światło na pojęcia Skody o odgłosach: pełny i pusty. Podług Skody odgłos pełny, wydaje ciało powietrzne o dużej pojemności. Fizyka uczy, że przy zresztą równych, innych warunkach duża masa, wprawiona w drganie, wolniej, wraca do spokoju, aniżeli mała. (Dzwon duży i mały), Porównując to prawidło ze stanami, stwierdzonymi w ustroju żywym, zapytujemy, czy pełen odgłos opukowy płuca powietrznego rzeczywiście dłużej trwa, aniżeli stłumiony odgłos opukowy płuca niepowietrznego. Powyższe badania potwierdziły to pytanie i dlatego dla odgłosu pustego słusznie używamy nazwy odgłosu »krótkiego«. Odgłos opukowy pełny trwa długo, pusty krótko.

Badanie odgłosów opukowych co do ich wysokości (wysoki, nizki) jest uchem nieuzbrojonem niemożliwe. Trzeba objaw ten badać zapomocą rezonatorów, i to bardzo znacznej pojemności. Tony, zawarte w odgłosie opukowym płucnym, są po części bardzo nizkie. Za pomocą rezonatorów stwierdzono, że odgłos opukowy jawny płucny zawiera cały ciągły szereg tonów, sięgających od dużego F. aż do dwukrotnie przekreślonego c. Z szeregu tonów, zawartych w odgłosie płucnym, najgłówniejsze są tony nizkie, czyli przy opukiwaniu płuc w obecności rezonatorów najłatwiej wywołać wpółbrzmienie w rezonatorach dostrojonych do tonów nizkich. Również tu słyszeć można, że najniższe tony wywołują najdłużej trwające współbrzmienie. Dlatego też odgłos opukowy, zawierający nizkie tony, jest równocześnie pełnym.

Nizkie tony, zawarte w odgłosie opukowym płucnym, odpowiadają własnościom samego utkania płucnego, są jego właściwymi tonami. Wykazały to badania Lellinga nad drżeniem głosowem. Jeżeli mianowicie każemy badanemu śpiewać nizkim głosem, to wyczuwamy drżenie klatki piersiowej. Płuca okazują bowiem (jak gdyby rezonator dobrze dostrojony) współbrzmienie z nizkimi tonami, powstającymi w głośni Jeżeli badany będzie śpiewać tonami coraz wyższymi, to wkrótce dochodzi do tonu, który nie wywołuje lub też bardzo słabo wywołuje drżenie klatki piersiowej, a to z tego powodu, że wysokie tony nie wywołują współbrzmienia miąższu płucnego. Z tego też powodu u kobiet jest drżenie głosowe słabo wyczuwalne, gdyż głos kobiet jest wysoki, a współbrzmienie tkanki płucnej, analogiczne do płuca męzkiego, oddziaływa tylko na tony nizkie. U dzieci jest zaś drżenie wyraźniejsze, gdyż u nich wprawdzie głos jest wysoki, ale też tkanka płucna jest lepiej dostrojona do współbrzmienia na wysokie tony.

Wysokość górnych tonów ma dla opukiwania mniejsze znaczenie, gdyż zależy od pogłosu własnego, wydawanego przez pukadło (plesymetr), młotek, palec i t. d. Dlatego jeżeli przy opukiwaniu szczytu, zajętego naciekiem, stwierdzamy wyraźny odgłos opukowy, to właściwie (podług prawideł akustyki) ulegamy złudzeniu. Granica wysokich górnych tonów odgłosu opukowego jest w tym przypadku bowiem po obu stronach ta sama, a tylko granica nizkich tonów nie sięga po stronie chorej tak głęboko w dół, jak po stronie zdrowej i z tego powodu występują nad zajętym szczytem własne tony pukadła, palca lub młotka i t. d. wyraźniej.

Odgłos opukowy bębenkowy odróżnia się przy badaniu galwanometrem strunowym Einthowena od odgłosu płucnego, a cechuje się głównie tem, że występuje w nim i wybija się odgłos o pewnym tonie.

Zbadanie bliższych jego fizycznych właściwości akustycznych w zastosowaniu klinicznem nie zostało w ostatnich czasach znaczniej wzbogacone.

(C. d. n).

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag o kiłowych schorzeniach narządu krążenia.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Ale nietylko tętnice podlegają sprawom zapalnym, wznieconym przez jad kiłowy. Od czasu do czasu pojawiają się opisy zapalenia żył, powstającego na tem tle. Takie przypadki spostrzegali w ostatnich latach Blumenfeld [70]) z Wrocławia, Neisser [71]) ze Szczecina i w. i. Proksch [72]) opracował dokładnie cały materyał, zgromadzony do r. 1898 i zestawił ogłoszone do tego roku spostrzeżenia w liczbie 107. Czytając w tych pracach, zwłaszcza zaś w pracy Neissera, opisy zmian drobnowidowych w ścianach chorej żyły, nie trudno dostrzedz znaczne podobieństwo między zapaleniem kiłowem żył i tętnic.

Za przyczyną wszystkich tych badań, zajmujących się poznaniem kiłowego zapalenia naczyń, zyskała medycyna kliniczna rzetelne poparcie swoich zapatrywań o wielkiej etyologicznej roli, jaką kiła odgrywa przy powstaniu schorzeń narządu krążenia.

Jeśli na tem tle powstają choroby naczyń, to zupełnie słusznie przypuszczać wolno, że taksamo dzieje się także ze sercem. I coraz bardziej rozpowszechniać się zaczyna przekonanie, że przypadki kilaków i kilakowego nacieku w ścianach serca stanowią zaledwo małą cząstkę ogólnej liczby schorzeń kiłowych, że o wiele częściej przydarzają się przewlekłe zapalenia rozgałęzień tętnic wieńcowych i następowe blizny w mięśniu sercowym. Runeberg idzie nawet bardzo daleko w tych przypuszczeniach i wypowiada przekonanie, że napady dusznicy bolesnej, spotykane u osób poniżej lat 50, można w 8/10, a nawet w 9/10 przypadków położyć na karb kiłowych zmian w naczyniach wieńcowych. Inni autorowie, opierając się na swoich spostrzeżeniach (Chapmann, Ryba, podnoszą, że u osób niestarych na tle zmian kiłowych powstawać mogą wady zastawkowe w ujściu tętniczem lewem i powołują się dla poparcia tego zapatrywania na wyniki leczenia solami jodowemi i rtęciowemi [73]).

Wobec tego stanu rzeczy musi się wydawać niesłusznem, że przy ocenianiu tych schorzeń serca, które przebiegają pod postacią przewlekłego zwyrodnienia włóknistego, tak mało jeszcze podkreśla się możliwość kiłowego pochodzenia sprawy. Nawet Runeberg, który co do istoty napadów dusznicy bolesnej u ludzi niestarych bardzo śmiało oświadczył się za przyrodą kiłową, zaledwo wspomniał o zwyrodnieniu włóknistem. I jest to tem mniej słuszne, skoro najczęstszą przyczyną zwyrodnienia są właśnie zmiany w naczyniach wieńcowych. Jeśli więc utrzymywać wolno, że kiła serca przebiega tak często pod postacią napadów dusznicy bolesnej, to tem samem przyjąć trzeba, że również nierzadko staje się przyczyną zwyrodnienia włóknistego. Ale widocznie chęć szukania rzadkości przytępiła zmysł spostrzegawczy wobec tego, co jest niewątpliwie częstsze. Jeszcze w tych czasach, kiedy spostrzeżenia kiły serca bardzo były nieliczne, opisał P. Ehrlich przypadek zwyrodnienia włóknistego serca pochodzenia kiłowego i zwracał uwagę na naczynia wieńcowe jako na punkt wyjścia sprawy. Niestety uwagi jego nie obudziły wtedy większego zajęcia.

Na podstawie mojego osobistego doświadczenia, nabytego zwłaszcza przez czas trzechletniej działalności lekarskiej w Sarajewie, nabrałem przekonania, że zwyrodnienie włókniste serca tego właśnie typu nie należy do rzeczy nazbyt rzadkich.

Choroby narządu krążenia stanowią i w szpitalnej i w pozaszpitalnej praktyce wcale znaczny odsetek wszystkich spostrzeżeń. Mimo to niestosunkowo rzadko spotykać się zdarza wśród tubylczej ludności powszechną miażdżycę tętnic. Spostrzeżenie kliniczne zgadza się pod tym względem najzupełniej ze spostrzeżeniami, poczynionemi przy oględzinach pośmiertnych. Natomiast przydarzają się względnie dość często zmiany ograniczone w tętnicy głównej o tych samych znamionach, które Doehle, a za nim inni autorowie podali jako cechujące dla kiły tętnic. Pojmuje ją w ten sam sposób na podstawie swego długoletniego doświadczenia także prosektor tutejszego szpitala Dr Wodyński. Od czasu do czasu przydarzają się podobne zmiany także w innych tętnicach, zwłaszcza w tętnicach kończyn dolnych, a niedawno mieliśmy sposobność oglądać je w tętnicy krezkowej.

W przypadkach takiego kiłowego zwyrodnienia tętnic tworzą prawie zawsze przyczynę, dla której chorzy zgłaszają się do leczenia w szpitalu, objawy, zazwyczaj bardzo już znacznej, bezsilności i niesprawności serca. U wielu z tych chorych nietrudno odszukać jej podstawę. Najczęstszą jest rozedma płuc i zrosty opłucne. Łącznie z nadużywaniem napojów wyskokowych, niedostatecznem odżywieniem przy pracy, może przy współdziałaniu takich czynników, jak czarna kawa i tytoń, tłómaczą one dostatecznie powstanie niedomogi, a potem zwyrodnienia mięśnia sercowego.

Jakkolwiek więc istnieją u tych chorych szczegóły, wskazujące, że przebyli oni kiłę, to jednak jej następstw nie możemy uważać za najistotniejszą, wyłączną przyczynę choroby serca, bo są inne, zupełnie współrzędne, a w myśl powszechnych zapatrywań nawet bliższe.

Ale zdarzają się przypadki, gdzie przyczyn tych niema zupełnie, albo istnieją w nader małym tylko stopniu, gdzie w wywiadach wykazać nie można przebytych ostrych chorób zakaźnych, o których wiemy, że wzniecają następowe schorzenia serca, a jednak serce słabnie i wreszcie przestaje pracować. I chorzy, którzy dostarczają materyału do tych spostrzeżeń, nie są bynajmniej starzy. Wiek ich waha się między 30—50 rokiem życia. U nich z konieczności wysuwać trzeba na plan pierwszy etyologiczne znaczenie

---

70) Blumenfeld: ref. Przegląd lekarski 1905 str. 22.

71) Neisser: Deutsche medic. Wochenschrift 1903, str. 660

72) Proksch: Schmidts medic. Jahrb. T. 261, str. 219.

73) Już po oddaniu tej pracy do druku zgłosił się na mój oddział chory dwudziestokilkoletni z napadami dusznicy bolesnej, objawami przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego i rozszerzeniem tętnicy głównej. Po 2 tygodniowem leczeniu rtęcią i solami jodowemi nastała u niego znaczna poprawa. Chory przebywał kiłę, a tło kiłowe choroby serca i naczyń wydaje mi się zupełnie pewne.

przebytej kiły i na karb zmian kiłowych kłaść chorobę serca.

Z szeregu przypadków, należących do tej grupy schorzeń, wyjmuję przypadek sekcyjny, który nadaje się bardzo dobrze do objaśnienia obrazu choroby, zwłaszcza pod względem anatomicznym.

Anna G., rodem z Dubrownika w Dalmacyi, zamieszkała w Liwnie w Bośni, lat 42, wyznania rzym. kat., wdowa. Zajęcie zmienne: była pokojówką, dozorczynią chorych, szwaczką. Ważniejszych chorób miała nie przebywać, oprócz ospy wietrznej w dzieciństwie. Dwa poronienia. W r. 1894 gościec(!) w kościach goleni. Początek choroby rzekomo w styczniu 1906. Zauważała wtedy brzęknięcie nóg koło kostek. Przy spokojnem zachowaniu się obrzęk ustępował. Z końcem października tego samego roku większy obrzęk, nie ustępujący już nawet w spokoju, nadto bole w okolicy serca, napadowe, rozpromieniające się ku łopatce i ku kończynie górnej lewej. Z temi przypadłościami zgłosiła się 17 listopada 1906 do szpitala w Sarajewie. W historyi choroby zapisano: Uderzenie końca serca w 5. międzyżebrzu w linii sutkowej, obszar stłumienia prawidłowy, nad końcem serca I ton nieczysty, tętno 112. W moczu ślad białka. Narządy jamy brzusznej prawidłowe. Obrzęków podskórnych niema. Chora przebywała wtedy w szpitalu do 26 listopada. Ponownie zgłosiła się na oddział 29 kwietnia 1909, t. j. po upływie blisko półtrzecia roku. W tym czasie zapadała kilkakrotnie ciężej i wtedy leczyła się bądź w domu, bądź też przebywała w szpitalach prowincyonalnych.

W chwili przyjęcia przedstawiała obraz bardzo wybitnego osłabienia serca. Przy pierwszem badaniu znaleziono.

Skóra blado-sinawa; wyraźna sinica warg, nosa, końców palców u nóg i rąk. Kończyny dolne obrzękłe, ale w niezbyt wielkim stopniu. W narządzie oddechowym ważniejszych zmian niema. Uderzenie serca rozlane, słabe; uderzenie końca serca w VI międzyżebrzu, na zewnątrz linii sutkowej. Stłumienie serca powiększone, nad końcem serca szmer skurczowy, słaby, przenoszący się ku górze i ku stronie lewej, z tyłu klatki piersiowej nie słychać go zupełnie. Tętno niemiarowe, słabe, przyspieszone. Liczba tętna waha się między 110 a 130 w minucie. Wątroba i śledziona macalne; zwłaszcza śledziona znacznie powiększona. Płynu wolnego w jamie brzusznej wykazać nie można. Dolna kończyna lewa chłodniejsza, skóra goleni bardzo blada, w tętnicach nie można wyczuć tętna. Tętno w tętnicy udowej słabsze, aniżeli po stronie prawej. Mocz dość jasny o ć. wł. 1.016, zawiera białko w ilości 2.5°/₀ (Essbach). W osadzie skąpym nieliczne wałeczki szkliste i ziarniste, ciałka białe, komórki nabłonkowe.

Jako szczegół niepodrzędnej wagi dla ocenienia tego przypadku podnieść jeszcze trzeba obecność kilku drobnych, twardych gruczołów w przegubach łokciowych i na karku, oraz zgrubienie okostnej kości piszczelowych.

W czasie pobytu chorej w szpitalu stan serca nie poprawiał się zupełnie mimo bezwzględnego spokoju i podawania leków sercowych i moczopędnych. Ilość moczu nie podnosiła się, najwyższą miarą było 700 cm^3 na dobę. Od czasu do czasu występowały napady duszności z uczuciem strachu i z bólami, rozpromieniającymi się na całą górną część klatki piersiowej. Stale żaliła się chora na wielką duszność i na bóle w kończynie dolnej lewej. Śmierć nastąpiła nad ranem dnia 12 maja.

Pod względem klinicznym nie różnił się przebieg choroby w tym przypadku tak dalece od przebiegu, spostrzeganego zazwyczaj u chorych na przewlekłe włókniste zapalenie nerek (nephr interstitialis chron.) i takież zwyrodnienie mięśnia sercowego z równoczesnem zajęciem naczyń wieńcowych, zdradzającem się napadami dusznicy bolesnej. Na wyróżnienie zasługiwała wszakże stała duszność, utrzymująca się pomimo tego, że badanie nie wykazywało właściwego zastoju w krążeniu małem, a bardzo tylko nieznaczny w innych obszarach ciała. Drugim szczegółem było zachowanie się naczyń kończyny dolnej lewej, wskazujące, że w tętnicy udowej nastało jeśli nie zupełne zamknięcie, to w każdym razie bardzo znaczne zwężenie światła naczynia. Te dwa szczegóły, jak niemniej obecność twardych, jakkolwiek drobnych i nielicznych gruczołów chłonnych, oraz zgrubienia okostnej na goleniach, a wreszcie zanotowane w wywiadach dwa poronienia, usprawiedliwiały przypuszczenie, że chora przebyła kiłę i że na tem tle powstały zmiany w sercu i w naczyniach.

W wyższym jeszcze stopniu przemawia za kiłowem pochodzeniem choroby wynik oględzin pośmiertnych. Przy sekcyi (prosektor Dr Wodyński) stwierdzono następujący obraz:

Części miękkie czaszki prawidłowe, powierzchnia kości gładka. Opona twarda nie okazuje nigdzie zgrubień, oddziela się łatwo od kości. Mózg nie przedstawia wybitniejszych zmian, dostrzegalnych gołem okiem. Tętnice na podstawie mózgu miejscami zgrubiałe, ognisk zwapniałych niema.

Oba worki opłucne próżne. W płucach zmian niema; niema także obrzęku płuc.

Serce powiększone, głównie w zakresie komory lewej. Grubość ścian tej komory wynosi ponad 2 cm. W jamach serca skrzepy pośmiertne. W komorze lewej, tuż przy wierzchołku dawny skrzep, zlepiony silnie z wsierdziem, w środku rozmiękający. Część wsierdzia, przykryta skrzepem, nierówna, zgrubiała. Mięsień sercowy w tem miejscu wiotki, odbarwiony, budowa jego zatarta. Oprócz tego ogniska rozmiękczynowego (myomalacia cordis) widać na przekroju pasemkowate ogniska tkanki łącznej, porozrzucane wśród zdrowej napozór tkanki mięsnej. Znajdują się one najliczniej w okolicy końca serca i w przegrodzie. W częściach leżących bliżej podstawy stają się coraz rzadsze, a w komorze prawej gołem okiem dostrzedz ich nie można. Na zastawkach zmian niema.

Tętnice wieńcowe w głównych gałęziach nie okazują wyraźniejszych zmian, dopiero drobne gałązki są widocznie zgrubiałe, a w naczyniach rozgałęziających się w części wierzchołkowej serca wykazać można zakrzepy. Powierzchnia wewnętrzna tętnicy głównej tuż nad zastawkami bez widocznych zmian, jakkolwiek ściany jej są grubsze. Dopiero w łuku i poniżej widać powierzchnię nierówną, pomarszczoną, z nieregularnemi wgłębieniami. Owrzodzeń ani też ognisk zwapniałych nigdzie jednak niema. W części brzusznej tętnicy głównej stwierdzić można również zgrubienie ścian, tu i owdzie nierówności na powierzchni błony wewnętrznej. Natomiast bardzo znaczne zmiany znajdują się w tętnicy biodrowej i udowej lewej; światło ich jest prawie zupełnie zamknięte przez liczne świeże skrzepy, przylegające silnie do powierzchni nierównej, pomarszczonej ściany wewnętrznej. Ale i tu niema znamion przemian wstecznych, stłuszczenia, owrzodzeń, zwapnienia. W narządach jamy brzusznej przekrwienie bierne. Torebka z nerek schodzi dość łatwo, powierzchnia nerek drobnoziarnista, warstwa korowa nieco cieńsza, rysunek jej budowy cokolwiek zatarty. Nerki w całości zbitsze.

(C. d. n.).

Gruźlica u dzieci.

Wykład kliniczny [1]).

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz.

Jak to wypływa z wyników licznych badań anatomicznych, między innymi ze statystyki Hamburgera i Sluki, i licznych badań klinicznych nad swoistą allergią, t. j. zmienionem, właściwem zakażonemu ustrojowi oddziaływaniem na jady gruźlicze, częstość gruźlicy u dzieci jest wogóle bardzo znaczna. Wzrasta ona stale z wiekiem: gdy w pierwszym kwartale życia częstość jest jeszcze tak nieznaczną, że może być w przybliżeniu przyjęta jako równa zeru, to już w drugim kwartale mamy wcale pokaźny odsetek (w materyale sekcyjnym 17—18), odsetki te z wiekiem szybko rosną tak, że po dojściu do dojrzałości należy do rzadkich wyjątków osobnik, któryby był zupełnie nietknięty gruźlicą, t. j. ani nie przedstawiał spraw gruźliczych w toku będących, ani śladów po przebyciu zwycięzkiem gruźlicy w dzieciństwie.

Gruźlicę nabywa się zatem z reguły — jak i choroby zakaźne ostre — w dzieciństwie. To też coraz ogólniej przyjmuje się zapatrywanie, chyba niewątpliwie słuszne, że gruźlica jest chorobą dziecięcą, że także w dzieciństwie powinno się jej zapobiegać, w dzieciństwie ją zwalczać i leczyć.

Jeżeli jednak dopiero w ostatnich czasach doszliśmy do tego przekonania, a dawniej panowały zapatrywania wprost przeciwne, to już z tego wynika, że większej części przypadków gruźlicy u dzieci nie potrafiliśmy przedtem klinicznie rozpoznać, a że także badania anatomiczne były pod tym względem nie dość ścisłe. Obecnie na polu rozpoznawania gruźlicy, w szczególności u dzieci, zrobiliśmy znaczne postępy. Wczesne zaś rozpoznanie ma tu wielkie znaczenie. Jak o tem kol. Eisenberg w swym wykładzie wspominał, między ustrojem zakażonym, a zarazkiem wytwarza się często stosunek pewnego rodzaju równowagi, równowagi niestałej, a różnorodne czynniki zewnętrzne mogą wpłynąć łatwo na przechylenie się szali na jedną lub drugą stronę. Jest wtedy rzeczą pierwszorzędnej doniosłości, żebyśmy umieli ten stan wykryć, to zmaganie się ustroju z zakażeniem gruźliczem rozpoznać. Wtedy przez zastosowanie środków swoistych, albo środków nieswoistych, wpływających tylko ogólnie na podniesienie sił odpornych ustroju, będziemy się mogli wydatnie przyczynić do przechylenia się zwycięstwa na korzyść ustroju. Że tak jest rzeczywiście, wynikałoby n. p. ze statystyki Merciera: z dzieci z wczesnemi zmianami gruźliczemi pozostawionych w domu rodziców w mieście umiera w krótkim czasie 50%; jeżeli je wyślemy na wieś — tylko 3%.

Dla wczesnego rozpoznania nieodzowną jest oczywiście dokładna znajomość klinicznego przebiegu gruźlicy u dzieci i objawów, jakie dają poszczególne usadowienia się sprawy gruźliczej. Nim jednak przystąpię do danych ściśle klinicznych, muszę jeszcze parę słów poświęcić patogenezie i anatomii patologicznej gruźlicy, gdyż potrzebne to jest do zrozumienia pewnych cech gruźlicy dziecięcej, a w szczególności do zrozumienia różnicy pomiędzy obrazem i przebiegiem gruźlicy u dzieci w stosunku do gruźlicy u dorosłych. Muszę to uczynić tembardziej, że nie wszystkie szczegóły z patogenezy ważne dla klinicysty, zostały w poprzednich wykładach dostatecznie uwydatnione.

Mimo przeciwnych twierdzeń Behringa i nielicznych jego zwolenników, ze wszystkich nowszych badań z niezachwianą pewnością wynika wniosek, że głównem źródłem zakażenia gruźliczego jest człowiek, dotknięty gruźlicą otwartą, a bramą wejścia są przedewszystkiem drogi oddechowe, mianowicie pęcherzyki płucne, do których prątki, szczególniej prątki znajdujące się w zawiesinie rozpylonej, dostają się z łatwością. Pierwsze zmiany rozwijają się w gruczołach oskrzelowych, na miejscu zaś wtargnięcia albo nie powstają żadne zmiany, albo zmiany nieznaczne (Albrecht).

Jednak twierdzenia Behringa zdołały się przecież ostać chociaż częściowo wobec krytyki. U dzieci bowiem musimy — jak się obecnie okazuje — liczyć się poważnie jeszcze z drugim typem zakażenia: z zakażeniem drogą przewodu pokarmowego i z mlekiem krowiem, zawierającem typ bydlęcy prątka gruźliczego, czyli prątka perliczego, jako ze źródłem zakażenia. Pierwotna gruźlica przewodu pokarmowego, na której częstość zwrócił uwagę Heller, według nowszych badań Edensa zachodzi w około 40% wszystkich przypadków gruźlicy u dzieci. — Że chodzi w tych wypadkach rzeczywiście o pierwotne zakażenie przewodu pokarmowego, świadczyłby za tem obraz anatomiczny, a także i ta okoliczność, że znajdujemy wtedy prawie zawsze jako czynnik etyologiczny prątek perliczy, mianowicie według Webera i Tantego 25 razy na 28 przypadków badanych. Anatomicznie nie znajdujemy znowu i tutaj w miejscu wtargnięcia, w błonie śluzowej jelita, żadnych zmian, lub zmiany nieznaczne, a sprawa usadawia się przedewszystkiem w gruczołach krezkowych.

Wreszcie wspomnę jeszcze o trzecim typie zakażenia, w którym bramę zakażenia stanowią migdałki, a sprawa zajmuje początkowo przedewszystkiem gruczoły szyjne. Znów na migdałkach nie znajdziemy zmian, lub zmiany nieznaczne. Migdałki położone na skrzyżowaniu się dróg oddechowych i pokarmowych, dostępne byłyby zarówno dla zakażenia powietrznego, jak i pokarmowego. Na ważność tego typu zakażenia zwrócił uwagę Aufrecht, bronił go słusznie Schlossmann. Przed paru miesiącami obserwowaliśmy w klinice przypadek gruźlicy u oseska, usadowionej przedewszystkiem w gruczołach szyjnych, które były znacznie obrzmiałe. Zakażenie nastąpiło chyba niewątpliwie przez migdałki od matki, u której w plwocinie stwierdziliśmy prątki gruźlicze w obfitej ilości.

We wszystkich tych sposobach zakażenia stwierdzamy jedną zasadniczą cechę anatomicznej gruźlicy dziecęcej, odróżniającą ją od gruźlicy osób dorosłych, mianowicie, że sprawa sadowi się przedewszystkiem w gruczołach chłonnych, gdy natomiast w miejscu wtargnięcia zmiany są nieznaczne, lub niema żadnych zmian.

Zjawisko to starano się tłomaczyć żywszym prądem limfy u dzieci i obszernością naczyń chłonnych. Oczywiście tłomaczenie takie jest zupełnie niewystarczające. Sprawa stała się jasną, odkąd wskutek badań Pirqueta nad allergią wiemy, jak zasadniczo różnie zachowuje się względem jadów prątka gruźliczego ustrój zależnie od tego, czy zakażenie, względnie zatrucie odbywa się po raz pierwszy, czy jest powtórnem. Ustrój dziewiczy zachowuje się na razie, jak to wynika n. p. z prób tuberkulinowych rozpoznawczych przynajmniej wobec tuberkuliny zupełnie obojętnie. Prątek nie wywoła w miejscu wtargnięcia odczynu, z łatwością zaniesiony zostanie prądem limfy, lub przez ciałka białe, fagocyty, do najbliższych t. zw. regionarnych gruczołów limfatycznych, tu zatem dopiero powstanie zmiana. Ustrój, który już jest lub był zakażony i okazuje allergię, t. j. zmienione oddziaływanie względem tuberkuliny, zachowa się zupełnie inaczej. Prątek, który dostanie się do błony śluzowej, wywoła za pośrednictwem jadów, na które ten ustrój jest wrażliwy, miejscowe zapalenie, podobne do odczynu przy próbie Pirqueta, zapalenie, które nie pozwoli mu wtargnąć niespostrzeżenie głębiej do wnętrza ustroju. Powstanie ognisko w błonie śluzowej, gruczoły nie będą zajęte, lub będą zajęte nieznacznie i późno.

U dzieci zatem gruźlica usadawia się w gruczołach wcale nie dlatego, że drogi chłonne mają inną budowę, lub inne jest krążenie limfy, lecz dlatego, że chodzi najczęściej o zakażenie pierwsze, zakażenie ustroju nietkniętego przedtem gruźlicą. Dlatego przy schorzeniach dalszych, gdy ustrój dziecka jest już allergicznym, powstaną, jak wynika z badań Edensa zmiany na powierzchni błony śluzowej (wrzody w jelitach przy gruźlicy rozpadowej płuc, gruźlica płuc przy zakażeniu drogami oddechowemi u dziecka ze starszemi ogniskami). Przeciwnie znów u dorosłego, jeżeli przedtem zdołał uniknąć zakażenia, i nie okazuje allergii, nie powstaną zmiany w błonach śluzowych, tylko zmiany gruczołów.

Powtórne zakażenie nie zawsze zresztą wiedzie do zmian na powierzchni błon śluzowych, gdyż w taki sposób allergia byłaby zjawiskiem niezbyt dla ustroju korzystnem i celowem. Usadowienie się sprawy w gruczołach jest bowiem dla ustroju korzystniejsze, gdyż w tym razie możliwe i bardziej prawdopodobne jest zupełne wyleczenie, aniżeli przy zajęciu płuc lub jelit (suchoty płucne, jelitowe). Allergia wiedzie też często do zupełnego zniszczenia zarazka w miejscu wtargnięcia. Inaczej byłoby przecież niezrozumiałe, że dzieci, które wcześnie okazują allergię, n. p. dzieci zołzowe, które zatem wcześnie miały sposobność zarazić się, a u których i później taka sposobność musi być raczej częstszą, tak rzadko okazują zmiany rozleglejsze na błonach śluzowych. Tłomaczą to nam zresztą doświadczenia Baila, który wstrzykiwał świnkom prątki gruźlicze do otrzewnej i badał, jaki następuje odczyn za pierwszym razem, jaki za następ-

[1]) Wygłoszony w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 2. VI. 1909, połączony z przedstawieniem przypadków (IV wykład z seryi wykładów o gruźlicy).

pnym po wystąpieniu allergii. Przy pierwszem wstrzyknięciu przeważała fagocytoza, na miejscu wstrzyknięcia nie powstawały zmiany, przy drugiem fagocytoza była mniejsza, a na pierwszy plan wybijała się bakteryoliza. Gdy przy drugiem zakażeniu jest mała bakteryoliza, powstanie ognisko w miejscu wtargnięcia, gdy duża, wynik będzie należeć od obfitości zakażenia, przy skąpem zarazek zostanie zupełnie zniszczony i wogóle żadna zmiana nie powstanie, przy obfitem nastąpić może ogólne zatrucie, sprowadzające śmierć zwierzęcia. A zatem pierwsze zakażenie wytwarza pewną odporność (*immunitas*), ale i pewne usposobienie (*dispositio*).

W każdym razie przez allergię ustrój dąży do ograniczenia sprawy i przeciwdziała przerzucaniu się jej z miejsca na miejscu. Przeciwnie w ustroju dziewiczym zakażenie nie napotyka na takie zapory. Stąd łatwość uogólniania się sprawy, jeżeli ustrój nie zdobędzie się wcześnie na energiczną allergię. Widzimy takie uogólnianie się u zwierząt, używanych do doświadczeń, przedewszystkiem u świnek morskich. Ale i ustrój dziecka zachowuje się często podobnie.

Wszystkie te szczegóły rzucają wiele światła na mechanizm posuwania się sprawy gruźliczej u dzieci, i to chyba usprawiedliwia, że im poświęciłem tyle czasu.

Zupełnie zrozumiałe będą teraz dla nas cechy gruźlicy dziecięcej. O dwóch już mówiłem: o sadowieniu się w gruczołach i skłonności do uogólniania się, do tworzenia przerzutów.

Z tych dwóch cech wynikają inne. I tak jasną jest częstość pewnych usadowień się gruźlicy u dzieci, rzadkość innych. U dzieci prawie zawsze zajęte są gruczoły oskrzelowe. Częste są ogniska, powstające na drodze przerzutowej: »gruzełki odosobnione« mózgu, zapalenie gruźlicze opon, zmiany kości, stawów i skóry, gruzełki w wątrobie, śledzionie i t. d. Rzadka gruźlica krtani, gruźlica narządów płciowych. Płuca w przeciwieństwie do stosunków u dorosłych nie rzadko bywają wolne.

Przechodzę do szczegółów klinicznych. Oczywiście z powodu ograniczonego czasu mogę omówić krótko tylko niektóre postacie. Przedmiot ograniczę zatem do postaci najważniejszych do gruźlicy gruczołów oskrzelowych i gruźlicy płuc, poczem omówię jeszcze, co rozumiemy pod nazwą zołzów

Gruźlica gruczołów oskrzelowych jest ogromnie częsta, gdyż można ją stwierdzić w materyale sekcyjnym u dzieci z gruźlicą według Hamburgera i Sluki prawie zawsze, w 98%, według Combyego w 97%. Zatem nawet wtedy, gdy miejscem wtargnięcia nie jest narząd oddechowy, gruźlica szybko przerzuca się na gruczoły oskrzelowe. Około gruźlicy gruczołów oskrzelowych grupują się niejako wszystkie inne usadowienia się jej. Stąd z reguły następuje szerzenie się sprawy z miejsca na miejsce, drogami chłonnemi lub drogami krwionośnemi przez przerzuty. Pewne rozpoznawanie gruźlicy gruczołów oskrzelowych u dziecka dawałoby klucz do rozpoznawania gruźlicy wogóle.

Rozpoznanie będzie polegało: 1) na stwierdzeniu sposobami fizycznymi powiększenia gruczołów i 2) na udowodnieniu, że chodzi o powiększenie gruźlicze, co można osiągnąć *a*) przez wyłączenie innych przyczyn powiększenia, n. p. ostrych spraw nieżytowych w oskrzelach i *b*) przez stwierdzenie, że dany osobnik jest gruźlicą zakażony.

Sposoby fizyczne, służące do udowodnienia powiększenia gruczołów oskrzelowych pozostawiają ciągle jeszcze wiele do życzenia mimo, że pewne zdobycze i tu zaznaczyć należy. Tłómaczy się to łatwo położeniem gruczołów w środku klatki piersiowej tak, że zewsząd oddzielone są od ścian klatki piersiowej płucami i niedostępne dla badań. W razie powiększenia, masy gruczołowe mogą dotykać co najwyżej do kręgosłupa, rzadziej do mostka.

Obecność powiększenia gruczołów oskrzelowych zdradzać się może pewnymi objawami skutkiem oddziaływania na narządy sąsiednie przez ucisk, pociąganie i szerzenie się sprawy zapalnej. Wchodzą tu w grę żyły, nerwy, tchawica, oskrzela, przełyk. Objawy te są jednak na ogół rzadkie, dlatego mają niewielkie znaczenie praktyczne. Zbytecznem byłoby wymienienie wszystkich możliwych. Wspomnę więc tylko o niektórych. Przez ucisk na rozdzielenie tchawicy powstaje niekiedy kaszel krztuścowaty, jednak bez t. zw. »reprise«. Ważna jest znajomość tego objawu, zjawisko samo jest jednak rzadkie.

Ucisk nerwu współczulnego może wywołać różnicę w wielkości źrenic (Seeligmüller, Roque, Destrée). Źrenica szersza odpowiada stronie zajętej, lub zajętej więcej. Niekiedy rozszerzenie ujawia się dopiero przy doświadczeniu Valsalvy (nadęcie się, forsowny wydech po głębokim wdechu przy zamkniętych ustach i nosie).

Objaw Smitha, o którym między innymi pisał Brudziński, przypisując mu wielkie znaczenie, nie jest objawem pewnym, ani stałym. Polega on na tem, że przy przegięciu silnem głowy w tył stwierdzić można nad rękojeścią mostka szmer żylny. Objaw ten tłómaczy się uciskiem na żyły przez masy gruczołowe, które przy przegięciu głowy wraz z tchawicą przesuwają się ku górze.

Z innych objawów wymienię:

Bolesność przy ugniataniu na wyrostki kolczaste kręgów piersiowych 2—7. (Petruschky) i bolesność przy obmacywaniu zgłębnikiem od przełyku (E. Neisser), objaw chyba u dzieci trudny do stwierdzenia.

Wielkie znaczenie ma opukiwanie kręgosłupa, dające jednak tylko w przypadkach korzystnych — mianowicie przy braku obfitszej podściółki tłuszczowej na grzbiecie — wyniki dosyć pewne. Opukuje się wyrostki kolczaste najlepiej bezpośrednio. Idąc od góry od kręgu wystającego otrzymujemy najprzód odgłos stłumiony, (chodzi o kręgi, z trzonami, do których płuco nie przylega), potem coraz jawniejszy. Wypuk jawny utrzymuje się prawidłowo do 9. kręgu piersiowego. W przypadkach, w których masy gruczołowe dosięgają wielkości 10 mm^3, coby odpowiadało sześcianowi o boku niewiele większym, jak 2 cm, otrzymujemy odgłos przytłumiony już na wyrostku 5. i 6-tym (de la Camp).

Objawy osłuchowe są zawiłe i nie dają pewnych wskazówek. Wspomnę tylko o tem, że przy osłuchiwaniu kręgosłupa słyszy się szmer tchawiczny z wysokością zmieniającą się przy otwieraniu i zamykaniu ust nad 5-tym i 6-tym wyrostkiem kolczastym, gdzie w stanie prawidłowym słychać szmery pęcherzykowe.

Ważne wyniki może dać badanie promieniami Roentgena, chociaż nastręcza ono wiele trudności, wymaga wielkiej wprawy i pewnej ostrożności w zużytkowaniu danych. W ocenie wartości i pewności metody znajdujemy zresztą pomiędzy autorami pewne różnice zdań. Leroux n. p. twierdzi, że tylko rzadko nie udaje się stwierdzić istniejących obrzmień. Reyher zaś uważa zadanie to za jeden z najtrudniejszych rozdziałów radioskopii, względnie radiologii i przytacza n. p. radiogram z cieniami, które snadnie można było wziąć za cienie gruczołów, z przypadku, w którym przy obdukcyi stwierdzono gruczoły niezmienione. Chodziło zatem o »prawidłowy rysunek wnęki«.

Tyle co do objawów fizycznych. W przypadku stwierdzenia powiększenia gruczołów oskrzelowych pozostaje wyłączenie innych przyczyn poza gruźlicą, na ogół nie trudne, i udowodnienie, że chodzi o osobnika zakażonego gruźlicą. Otóż co do tego ostatniego punktu, to próby miejscowe tuberkulinowe stanowią ogromny postęp. Nie będę ich opisywał, gdyż mówił o nich kol. Eisenberg. Są to próby niewątpliwie swoiste, bardzo czułe i na ogół bardzo pewne. Trzeba się tylko liczyć z tem, że u gruźliczych może próba wypaść ujemnie, jeżeli chodzi o osobniki wyniszczone, i osobniki z szybko postępującą i daleko posuniętą gruźlicą. Ale i poza temi możliwościami próba skórna (Pirqueta) i naskórna (Moro) niekiedy zawodzi. Najczulszą i najpewniejszą jest próba podskórna (odczyn Epsteina i Eschericha). Otrzymuje się obrzęk widoczny, bolesny, utrzymujący się kilka dni po wstrzyknięciu 0,01—0,001 mgr. U osobników, u których odczyn skóry Pirqueta był ujemny, można dla ostatecznego wyłączenia gruźlicy wstrzyknąć dawki większe: zaczynając od 0,2 mgr.

Odczyn dodatni stwierdza tylko, że dany osobnik jest zakażony, lub był zakażony gruźlicą. Ponieważ przy gruźlicy u dzieci gruczoły oskrzelowe są prawie zawsze zajęte, więc przedewszystkiem trzeba myśleć o tej siedzibie gruźlicy, choćby nawet objawy fizyczne były niewyraźne lub zupełnie zawiodły. Ogniska mogą być jednak, mianowicie u dzieci starszych już wygasłe, zwapniałe. Dlatego co do wysnuwania wniosków, tyczących się danej choroby, zaleca się pewna ostrożność. Niedawno spostrzegaliśmy n. p. w klinice przypadek wady serca z zarośnięciem worka osierdziowego, przypadek, w którym były obustronne zmiany zapalne płuc, w końcu ropniak opłucny po stronie prawej i odma opłucna w górze z przodu. Objawy mogły być uważane za gruźlicze, a odma za jamę gruźliczą w płucach, za czem przemawiał pozornie dodatni odczyn Pirqueta. Tylko obserwacya całego przebiegu i brak prątków gruźliczych w plwocinie uchroniły nas od mylnego rozpoznania. Badanie pośmiertne stwierdziło dwa zwapniałe gruczoły przy wnęce płuc, żadnych innych ognisk w ustroju nie wykryło.

Gruźlica gruczołów oskrzelowych może się nie objawiać żadnemi zaburzeniami ogólnemi tak, że ustrój sprawia wrażenie zupełnie zdrowego, albo nawet może się znajdować w stanie

kwitnącym: gruźlica utajona. Przerzuty takie, jak w kościach, stawach, mózgu, a przedewszystkiem zapalenie gruźlicze opon, mogą zjawić się niespodziewanie, jak grom z jasnego nieba. Nierzadko jednak wszystko kończy się pomyślnie zupełnem wyleczeniem.

Częściej jednak stwierdza się zaburzenia ogólne: Upośledzenie rozwoju ogólnego, wątłość kośćca, szczególniej klatki piersiowej, cienkość skóry, skąpość podściółki tłuszczowej, gruczoły chłonne wszędzie liczne, drobne, twarde (*polymicroadenia*), niedokrwistość, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, ciepłotę dochodzącą do stanu podgorączkowego. Wszystko to obejmowano nazwą zołzów drażliwych (*scrofulosis erethica*). O ile zaś zaburzenia można wziąć za cierpienie samoistne, możnaby mówić w myśl Maragliana o gruźlicy zamaskowanej (*tuberculosis larvata*). Zapomocą nowszych sposobów rozpoznawczych przypadki te na ogół łatwo jest jednak obecnie zdemaskować. I tutaj zapisać trzeba postęp wybitny.

Płuca zajęte zostają u dziecka w różny sposób. U dzieci młodszych dość często następuje zajęcie przez szerzenie się gruźlicy z gruczołu we wnęce na bezpośrednie sąsiedztwo po przebiciu torebki gruczołu. Sprawa dość późno dochodzi do powierzchni klatki piersiowej, późno też jest dostępną dla badania fizycznego. Innym razem następuje rozsianie się sprawy nagłe przez przebicie do oskrzela lub do naczyń. Od objawów płucnych nieznacznych odbija wtedy jaskrawo ciężki stan ogólny, wybitna sinica i duszność. Zapalenie płuc serowate (*pneumonia caseosa*) rozwija się najczęściej w następstwie odry, krztuśca, grypy, rzadziej samorzutnie. Fizycznie stwierdza się objawy zapalenia płuc, stąd trudności rozpoznawcze mogą być znaczne.

U dzieci starszych w wieku szkolnym gruźlica płuc rozwija się — zapewne skutkiem zakażeń następnych — i przebiega podobnie, jak u dorosłych. Co do częstości gruźlicy w tym wieku, to podania autorów są bardzo rozbieżne. Gdy jedni podają częstość zmian początkowych, jako mniejszą, niż 1% (n. p. Squire i Gowdey 0·8%), to Grancher i jego uczniowie znajdowali w szkołach paryskich zmiany gruźlicze pewne lub bardzo prawdopodobne w 11—15% przypadków u chłopców, a w 17—27% przypadków u dziewcząt (Méry). Gruźlica otwarta, zatem niebezpieczna dla otoczenia, jest zato rzadka (1: 500). — Te znaczne różnice tłomaczą się przedewszystkiem różnym sposobem badania. Dlatego chciałbym zwrócić uwagę na badanie Grancherowskie, które pozwala z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznać zmiany początkowe w okresach, poprzedzających okresy klasyczne. Trzeba przy osłuchiwaniu płuc zwracać uwagę wyłącznie na wdech (podczas wydechu najlepiej odrywać ucho od klatki piersiowej), badać porównawczo symetryczne miejsca obu stron, zwrócić uwagę szczególniej na okolice podobojczykowe z przodu, nadgrzebieniowe z tyłu. Początkowo stwierdza się tylko zmiany wdechu: osłabienie i zaostrzenie, niekiedy przerywanie. Potem stwierdzić można oprócz tego lepsze przewodnictwo głosu (*bronchophonia*), a następnie dopiero lekkie skrócenie odgłosu opukowego (»submatité«). Badanie trzeba ewentualnie powtórzyć, aby stwierdzić stałość zmian. Jeżeli prócz tego obecne są objawy ogólne i jeżeli odczyny tuberkulinowe wypadną dodatnio, to rozpoznanie gruźlicy płuc (*stadium germinationis*) jest bardzo prawdopodobne. Gdybyśmy czekali na dalsze objawy, stłumienie, rzężenia, prątki w plwocinie, doczekalibyśmy się niewątpliwie rozpoznania zupełnie pewnego, ale dopuścilibyśmy się nagannego zaniedbania wobec chorego, gdyż tylko w okresie Grancherowskim szanse wyleczenia zupełnego są znaczne, a w klasycznych okresach zmniejszają się gwałtownie. Wspomnieć jednak muszę, że Young jako przyczynę osłabienia szmerów nad pewnymi płatami stwierdzał zapomocą radioskopii nieregularność w czynności przepony i odnosił ten objaw do zmian gruczołów oskrzelowych, płuca zaś miały być wolne. Rzeczywiście osłabienie wdechu słychać często nad całem prawie płucem. Być może zatem, że tłomaczenie Grancherowskie zjawiska nie jest słuszne. Grancher mianowicie przyjmuje, że gruzełki, początkowo usadowione u wejścia do pęcherzyków, w lejkach, i zwężające je, są przyczyną niedostatecznego dostępu powietrza do pęcherzyków i osłabienia szmerów.

Pozostałoby mi jeszcze omówienie jednej postaci gruźlicy dziecięcej, mianowicie zołzów. Mam tu na myśli zołzy otrętwiałe (*scrofulosis torpida*), o zołzach drażliwych już wspomniałem. Jak wiadomo, stosunek gruźlicy do zołzów był oddawna przedmiotem żywych sporów. Po odkryciu prątka gruźliczego i stwierdzeniu, że znaczna część objawów zołzowych, mianowicie zaś zmiany gruczołów, zmiany w kościach i stawach wywołana bywa przez prątki gruźlicze, odzywały się głosy (Neumann) o wyrugowanie pojęcia zołzów i zastąpienie ich, względnie objęcie ich nazwą gruźlicy. Przeciwko temu jednak protestowała większość klinicystów. Zołzy bowiem stanowią obraz kliniczny dobrze określony, przeważnie dający się rozpoznać na pierwszy rzut oka.

Cechą zasadniczą zołzów nie są przytem wcale zmiany w stawach, kościach, gruczołach z prątkami gruźliczymi, lecz t. zw. skrofulidy, zołzowe zmiany na powierzchniach, na błonach śluzowych i skórze. Wymienić tu należy: pryszczyki spojówkowe, zapalenie brzegów powiek, nieżyt zołzowy nosa, zgrubienie wargi górnej, wypryski skórne sączące i liszajowate, pewne nacieki liszajowate i guzowate, skłonność do nieżytów gardła, ucha, dróg oddechowych, przewodu pokarmowego z towarzyszącemi zwykle licznemi niebolesnemi obrzmieniami gruczołów chłonnych.

Zmiany te nie zawierają komórek olbrzymich, ani prątków gruźliczych, nie są zatem zmianami gruźliczemi, są to zmiany zapalne, nieswoiste, podobne do tych, jakie mogą być wywołane przez jady chemiczne.

Jakaż jest zatem przyroda tych zmian? Moro i Doganoff wypowiedzieli w r. 1907 zapatrywanie, że chodzi tutaj o zjawiska tuberkulotoksyczne, a myśl tę podjął świeżo Escherich. Według Eschericha wszystkie dzieci zołzowe okazują allergię tuberkulinową, a odczyny miejscowe są bardzo żywe, wczesne i występują przy znacznych rozcieńczeniach. Przy próbie Pirquetowskiej obwódka zapalna ma w przypadkach zołzów zwykle 30—40 mm średnicy, a zawsze powyżej 10 mm; często tworzą się pęcherzyki, niekiedy nawet martwina w środku. Wynik próby Moro (wcieranie w skórę maści tuberkulinowej 60%) jest bardzo żywy, a próba »wyczarowuje« (niekiedy nietylko na miejscu stosowania) rozmaite zmiany, podobne do zmian zołzowych skóry. Nie jest więc przypadkowem, że przypadek, który tu przedstawiłem, a w którym wrażliwość na tuberkulinę była bardzo znaczna (po wstrzyknięciu 0,05 mg podskórnie naciek z pęcherzami, później częściowa martwica skóry, przy próbie Pirqueta duża krosta, podobna zupełnie do krosty szczepiennej), okazywał wybitne objawy zołzowe: nieżyt nosa, zaczerwienienie i obrzmienie nozdrzy, zgrubienie wargi, zmiany spojówkowe. U takich dzieci po zastosowaniu tuberkuliny na spojówkę (próba Calmettea i Wolff Eisnera) można otrzymać bardzo niepożądane objawy, to też w danym przypadku wykonanie tej próby musi się uważać za niedozwolone.

Otóż ta wielka wrażliwość na tuberkulotoksynę tłómaczyłaby powstanie objawów zołzowych, chodziłoby o oddziaływanie błon śluzowych i skóry na minimalne ilości jadu, znajdujące się przypuszczalnie w wydzielinach gruczołowych i zapalnych wysiękach. Obecności tego jadu nie udało się tu jednak dotychczas udowodnić.

W ten sposób zołzy w całości mogłyby się zlać z gruźlicą dziecięcą, stanowiąc tylko jednę z jej postaci. Pozostałoby do wyjaśnienia, dlaczego tylko pewna część dzieci zakażonych okazuje objawy zołzowe. Escherich tłómaczy to okolicznością, że dzieci te już przed zakażeniem okazują zboczenie konstytucyonalne, znane pod nazwą limfatyzmu i cechujące się wejrzeniem ciastowatem i bladością skóry, przerostem narządów limfatycznych (szczególniej migdałków i grasicy), niechęcią do ruchów. To byłby właściwy limfatyzm tak, jak go określa Czerny, proponując zresztą dla niego nazwę »stanu ciastowatego« (*status pastosus*). Limfatyzm nie miałby większego znaczenia dla nabycia gruźlicy, ale usposobiałby do zołzów o tyle, że w razie nabycia gruźlicy przebiegałaby ona pod postacią zołzów. Same objawy zołzowe miałyby zależeć już od gruźlicy.

Nowsze jednak spostrzeżenia Moro dowodzą, że limfatyzmowi w patogenezie objawów zołzowych trzeba przyznać jeszcze większe znaczenie. W przeciwieństwie do twierdzenia Eschericha na 300 przypadków zbadanych próby tuberkulinowe, mianowicie próba Moro i Pirqueta dały w spostrzeżeniach Moro w 13 przypadkach (4·3%) wynik zupełnie ujemny, mimo obecności typowego wejrzenia zołzowego, w szczególności mimo stwierdzenia pryszczyków spojówkowych, dużych gruczołów na szyi i t. d. W dwóch zaś przypadkach zdołał Moro następnie stwierdzić zjawienie się odczynu dodatniego, bardzo żywego: limfatyzm przeszedł w zołzy.

Wyniki te zgadzałyby się zresztą z zapatrywaniami Czernego, już dawniej wypowiedzianemi. Czerny opisał mianowicie jako skazę wysiękową (*diathesis exsudativa*) zbiór objawów, które powtarzają się przy zołzach, a użył nowej nazwy dlatego, ażeby z góry zaznaczyć, że chodzi o sprawę, nie pozostającą z gruźlicą w żadnym związku. Czerny zresztą odróżnia ten obraz także od limfatyzmu, ale przyznaje, że oba zboczenia często się ze sobą kombinują. To, co Moro rozumie jako limfa-

tyzm, byłoby właśnie taką kombinacyą. Objawami skazy wysiękowej są według Czernego u dzieci w pierwszych miesiącach niedostateczny rozwój przy piersi mimo nieobecności zaburzeń żołądkowo-jelitowych, później łuszczyca języka, załupieżenie ciemiączka, ognipiór, czyli słodki strup, świerzbiączka, czyli ognik, łatwe odparzanie fałdów skórnych, zapalenie oskrzeli (z objawami dychawicy lub bez), zapalenie gardła, migdałków, zapalenie powiek i, co najważniejsza, pryszczyki spojówkowe (*phlyctaenae*). Na objawy ma wybitny wpływ sposób żywienia, mianowicie niekorzystnie oddziaływa wszelkie przekarmianie.

Otóż Moro starał się stwierdzić przez wywiady w 50 przypadkach zołzów, jak częste są te objawy, co do pierwszego roku życia, t. j. co do czasu, kiedy zakażenie gruźlicze jest jeszcze rzadkie. Tylko 20% przypadków dało wynik ujemny. Załupieżenie ciemiączka wykazano przez wywiady w 60%, świerzbiączkę w 36%, wypryski w 20%, łuszczycę języka w 10% limfatyzm byłby więc nietylko podłożem, koniecznem dla powstania zołzów, lecz do niego należałoby odnieść właściwe objawy zołzowe: zapalenie na powierzchniach błon śluzowych i skóry. Odróżnienie zołzów i limfatyzmu dałoby się przeprowadzić tylko na podstawie wyniku prób tuberkulinowych.

Rokowanie w gruźlicy dziecięcej po wyłączeniu postaci szybko postępujących lub uogólniających się jest na ogół lepsze, aniżeli u dorosłych, już choćby dlatego, że u dzieci przeważa umiejscowienie w gruczołach. Rokowanie zależy, jak wynika z przytoczonych już liczb Merciera, w wybitnym stopniu od warunków, w jakich rozwija się dziecko zakażone. W pierwszym roku życia bardzo wyraźny wpływ na przebieg gruźlicy ma sposób karmienia. U dzieci przy piersi, jak wynika z badań Engela, sprawa ogranicza się długo na gruczoły chłonne, u karmionych sztucznie szybko się szerzy. Szczególnie ważnem jest tutaj, czy dziecko przez pierwsze dwa miesiące było karmione piersią, czy sztucznie.

Nie mogę omawiać szerzej zapobiegania gruźlicy, ani leczenia. Wspomnę tylko, że w ostatnim czasie objawił się ogólnie zwrot do leczenia swoistego tuberkulinami. Zajmujące są szczególniej wyniki, bardzo korzystne, które osiągnął Schlossmann przy leczeniu osesków wysokiemi dawkami tuberkuliny. Chodziło przeważnie o gruźlicę gruczołów i kości.

Jak z tego przedstawienia wynika, praca ostatnich lat nad gruźlicą była wcale owocna. Zyskaliśmy bardzo wiele danych co do patogenezy gruźlicy i zołzów, wyjaśnione zostały w znacznej mierze różnice między przebiegiem gruźlicy u dzieci i u dorosłych, poznaliśmy częstość gruźlicy u dzieci, w próbach allergicznych zyskaliśmy znakomity środek do odsłaniania nawet najbardziej ukrytych ognisk gruźliczych, a także w metodach fizycznych, stosowanych celem wykrycia gruźlicy gruczołów oskrzelowych i gruźlicy płuc, niejeden daje się stwierdzić postęp. Wszystko to ułatwia nam znakomicie zwalczanie gruźlicy, a to tembardziej, że zwalczanie to nie może polegać jedynie na usuwaniu sposobności do zakażenia. Sposobność ta jest zbyt częstą, aby można było w obecnych warunkach liczyć na to, że uda się jej uniknąć dziecku starszemu, a temwięcej człowiekowi dorosłemu. Tylko dzieci najmłodsze, u których gruźlica z reguły przebiega niekorzystnie, powinno się bezwarunkowo uchronić od zakażenia, w pierwszym rzędzie przez wyłączenie z otoczenia osób z gruźlicą otwartą i osób podejrzanych, dalej przez usunięcie możliwości zakażenia przez mleko niewyjałowione. O ile chodzi o dzieci starsze i dorosłe, nie będzie można także lekceważyć zadania, żeby ograniczyć sposobność do zakażenia, walka jednak z gruźlicą będzie polegać głównie na wykryciu zakażenia w początkowych okresach, doprowadzenia do wyleczenia i osiągnięcia możliwie największej i najtrwalszej odporności.

Oceny i sprawozdania.

Jahreskurse für die ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Redaktor Dr J. Sarason. Monachium. Lehmann. Cena 16 Mk. za rocznik.

Sprawa uzupełniania wykształcenia lekarskiego staje się w ostatnich czasach wobec gwałtownego rozrostu i szybkiego postępu nauk lekarskich zagadnieniem poważnem i trudnem. Rozwiązać je spróbowali pierwsi Niemcy, stwarzając doskonałą organizacyę kursów uzupełniających dla lekarzy. I te kursa jednak nie są wystarczające; wymagają one znacznych wydatków, porzucenia na czas pewien praktyki, a na to nie każdy lekarz może sobie pozwolić; przytem z drugiej strony, ze względu właśnie na uczestników, musi się kursa wciskać w ciasne ramy czasu, kilka tygodni zaledwo, na czem pogłębienie wykładów cierpi, a przeciążeni wykładami uczestnicy i tak się nużą. Piśmiennictwo lekarskie peryodyczne wszelakiego rodzaju nie może uchodzić za dobry środek dokształcania się, bo zwłaszcza dziś, gdy coraz więcej odczuwa się potrzebę przeciwdziałania zbytniej specyalizacyi, śledzenie postępu medycyny we wszystkich działach wymagałoby zbyt wiele i czasu i trudu, gdyby ku temu służyć miały dotychczasowe typy czasopism lekarskich. Dr Sarason próbuje więc stworzyć nowy typ wydawnictwa, któreby co miesiąc przynosiło pogląd na obecny stan jednej z gałęzi wiedzy lekarskiej, dając zarazem przegląd postępu w ostatnim roku, i to w takiej formie, by lekarz, chcący sobie ten postęp przyswoić, jaknajmniej potrzebował wysiłku. Plan wydawnictwa, dla którego zjednano szereg bardzo wybitnych sił dydaktycznych, obejmuje w każdym roku po jednym zeszycie z zakresu biologii (fizyologii i patologii), chorób krążenia i oddychania, chorób trawienia, krwi i wymiany materyi, chorób skórnych i wenerycznych, neurologii i psychiatryi, chorób dzieci, położnictwa i ginekologii, lecznictwa ogólnego, ortopedyi, chorób zakaźnych i higieny, chirurgii i medycyny sądowej z nauką o wypadkach, wreszcie chorób oczu, nosa, gardła, krtani i uszu. Planowi temu można by zarzucić tylko, że zbyt mało miejsca wyznacza dla chirurgii, a stosunkowo wiele medycynie wewnętrznej. Wydawnictwo rozpoczęło się właśnie »kursem« Prof. Lubarscha, obejmującym zagadnienie dziedziczności, zapłodnienia, rozrostu prawidłowego i chorobowego, nowotwory i zaburzenia przemiany tłuszczów i węglowodanów. W lutym ukaże się zeszyt, obejmujący »kurs« Prof. Ortnera z zakresu chorób krążenia (czynnościowe rozpoznawanie chorób serca, serce wołowatych, miażdżyca) i Prof. Brauera z zakresu chorób narządu oddychania. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

(Promienie Röntgena).

Köhler. **W sprawie głębokiego leczenia wielkiemi dawkami rentgenowskiemi.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 45). Skuteczność i przenikalność promieni rentgenowskich będzie tem większa, im większe stosować będziemy dawki. Temu dotąd stała na przeszkodzie wrażliwość ustroju na promienie, udaremniająca stosowanie silniejszych dawek. K. podaje sposób, dozwalający na stosowanie 10—20 razy silniejszych dawek, niż zwykle, a to na zasadzie spostrzeżenia, że lampa rentgenowska z bardzo dużem ogniskiem (4—8 razy większem, niż zwykle) daje wyraźny obraz siatki drucianej, położonej wprost na płycie fotograficznej, natomiast obrazu tego już nie otrzymamy, gdy siatka oddalona jest od płyty na 4—5 ctm. Praktycznie zastosował to K. w następujący sposób: Jeżeli położymy wprost na skórę, a nawet wciśniemy w nią, siatkę metalową, to w takim razie promienie przejdą pomiędzy oczkami siatki w głąb, n. p. do nowotworu, natomiast skóra narażona będzie na szkodliwe działanie naświetlania jedynie w oczkach, pod samą zaś siatką od działania zostanie ochroniona. Zyskujemy przez to wiele, bo możemy stosować ogromne dawki (nawet zapomocą kilku lamp), a ewentualne uszkodzenia nie zajmują wielkiej, jednolitej przestrzeni, lecz tylko pojedyncze punkty, oddzielone od siebie tkanką zdrową, nie uszkodzoną, co

ze względu na gojenie się ma bardzo wielkie znaczenie. Pod siatkę podkłada się jeszcze cienki filtr skórzany lub glinowy celem zatrzymania promieni wtórnych. Oczka siatki powinny być trójkątne lub kwadratowe, a nie okrągłe, siatka sama powinna być twarda, nie podatna, najlepiej z żelaza. Lampy o dużem ognisku, ewentualnie o licznych katodach, łatwo sporządzić. K.

Wehrsig. **Nadmierne tworzenie się tkanki rogowatej pod paznokciami, jako wynik działania promieni Röntgena.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 32). Początkowe uszkodzenia rentgenowskie bywają przez lekarzy, a zwłaszcza przez chirurgów lekceważone, a często uważa się je np. za wyprysk wskutek działania sublimatu. Doświadczył to W. i na sobie. Z początku zjawiły się na rękach i przedramionach zaczerwienienia, zwłaszcza koło włosów. W. uważał to za wyprysk sublimatowy, wstrzymał się więc na pewien czas od sublimatu, natomiast pracował z przyrządami Röntgena dalej. Sprawa skórna poprawiła się nieco, natomiast wystąpiły zmiany w paznokciach, stale się pogarszające. Mianowicie każdy paznokieć przy wolnym brzegu zaczął odstawać, a z pod niego wyrastały masy rogowe. Z czasem substancya paznokci stała się kruchą i zaczęła się rozdzielać na łuski, a nadto paznokcie zaczęły się marszczyć i pękać podłużnie. W. musiał wobec tego zupełnie zmienić swe zajęcie i obecnie wprawdzie wystąpiła mała poprawa, ale masy rogowe mimo usuwania odrastają jeszcze stale. Cierpienie to nazwał Unna: hyperkeratosis subungualis. Dodać tu należy, że W. z powodu warunków, od niego niezależnych, nie zachowywał przy manipulacyach rentgenowskich żadnych ostrożności. K.

Simmonds. **O działaniu promieni Röntgena na jądro.** (Tow. lek. Hamburg, 2. XI. 1909). S. przeprowadził liczne badania na zwierzętach (świnkach morskich i myszach) dla zbadania, jaki właściwie wpływ wywierają promienie rentgenowskie na jądro. Naświetlał 20—400 minut. S. przekonał się, że uszkodzenia dotyczą przedewszystkiem komórek nasiennych i zjawiają się nie zaraz, lecz dopiero jakby po pewnym okresie »wylęgania«. Zmiany zwykle nie występują w całem jądrze, lecz ogniskowo, co umożliwia późniejszą regeneracyę. W czasie niszczenia komórek nasiennych występują obficie komórki zastępcze (Zwischenzellen), które znów potem znikają w czasie regeneracyi. Komórki te mogą zdaje się zastępować komórki nasienne w »wydzielaniu wewnętrznem«, które jest potrzebne do utrzymania popędu płciowego i drugorzędnych cech płciowych. Dowodzą tego także doświadczenia kliniczne, bo osoby (i zwierzęta), u których jądra zanikły pod wpływem rentgenizacyi, tracą jedynie zdolność zapładniania, a nie tracą popędu płciowego. Uszkodzenia wywołać można nietylko przez dłuższe działanie promieni, ale także przez bardzo krótkie przy użyciu bardzo silnego prądu. Natomiast dłuższe przebywanie w pracowni bez zbytniego zbliżania się do przyrządów niema żadnego wpływu na jądro. Nawet 6-miesięczny pobyt w pokoju rentgenowskim nie wywołał żadnych zmian u świnek. U rentgenologów dawniejszych, którzy nie dbali wcale o siebie, zmiany w jądrach mogły być poważniejszej natury (przewlekłe); rentgenolodzy ci przeważnie są bezdzietni. A.

Ginekologia i położnictwo.

Prof. Birnbaum. **O ciąży po przyszyciu macicy do powłok brzusznych (ventrofixatio) z powodu tyłozgięcia macicy ustalonej.** (Arch. f. Gyn. t. 89, zesz. II.). Już tyłozgięcie macicy ruchomej może utrudnić lub nawet uniemożliwić zastąpienie, jużto wskutek zmian na błonie śluzowej, już w następstwie samego tyłozgięcia (nieprawidłowy kierunek części pochwowej, zwężenie ujścia wewnętrznego, skrócenie tylnego sklepienia pochwy, wywołujące przedwczesny wyciek nasienia, załamanie jajowodów). Tem trudniej nastąpi zastąpienie, jeżeli tyłozgięta macica jest ustalona. Stopień tego utrudnienia zależy od rozległości zrostów, jakoteż od stanu i położenia, w jakiem wskutek nich znajdują się przydatki. To też i rokowanie w takich przypadkach bezpłodności jest różne. Jeżeli zrosty między macicą, a zatoką Douglasa są cienkie, to rokowanie jest do pewnego stopnia korzystne: jeżeli zaś zrosty rozciągają się także na przydatki, to rokowanie tylko wówczas może być korzystne, jeżeli brzuszny otwór jajowodów pozostał drożny i ich nabłonek niebardzo jest uszkodzony; w przeciwnym razie rokowanie jest niekorzystne, gdyż tak leczenie operacyjne, jak i zachowawcze rzadko kiedy wiedzie tu do celu. Leczenie tyłozgięcia macicy ustalonej polega albo na ciągłem miesieniu, rozciąganiu i rozrywaniu zrostów, albo na gwałtownem ich rozerwaniu w uśpieniu (Schultze), albo na operacyi. Operacya jest postępowaniem najodpowiedniejszem, szczególnie tam, gdzie zrosty są rozległe, gdyż otworzywszy jamę brzuszną, można je z łatwością usunąć, nadto można się należycie zoryentować o stanie przydatków i w końcu można uwolnioną macicę przyszyć do powłok brzusznych. Z 20 w ten sposób leczonych kobiet 4 przeszły po operacyi prawidłową ciążę i poród; w innych uwolniła operacya chore od wielu przypadłości, bezdzietność utrzymywała się jednak nadal (uszkodzenie nabłonka jajowodów). E. Ehrenpreis.

Ernst Runge. **Doświadczenia przy nadłonowem cięciu cesarskiem.** (Arch. f. Gyn. t. 89, z. II.). Autor opiera swoje doświadczenia na 22 przypadkach, z których w 20 chodziło o ścieśnienie miednicy, w 2 zaś o drgawki porodowe. W przypadkach tych może nadłonowe cięcie cesarskie nietylko zastąpić dotychczas wykonywane cięcie cesarskie klasyczne, lecz je także z wielu względów przewyższa. I tak wyłącza ono jamę otrzewną z pola operacyjnego, ochrania jelita i sieć przed wszelkiem dotknięciem, pozostawia macicę »in situ«, a krwawienie bywa tylko nieznaczne, w każdym razie mniejsze, aniżeli przy nacięciu trzonu macicy. Ważną zaletą tego zabiegu jest i to, że przy zastosowaniu go ze wskazania względnego można przeczekać działanie bolów porodowych do ostatniej chwili, i dopiero wówczas przystąpić do operacyi, jeżeli poród na drodze naturalnej okaże się niemożliwy. Nie bez znaczenia jest i ta okoliczność, że odklejenie się łożyska po porodzie może się odbyć fizyologicznie, gdy przy klasycznem cięciu cesarskiem wydobywa się łożysko zwykle ręcznie. W końcu i czas trwania operacyi przy cięciu nadłonowem jest krótszy, a zeszycie cienkich brzegów cięcia szyjkowego łatwiejsze, aniżeli po przecięciu trzonu macicy. Pewną zaletą jest także możność zastosowania cięcia poprzecznego przez powłoki brzuszne i powięź, przyczem zmniejsza się znacznie niebezpieczeństwo następowego powstania przepuklin i osiąga się dobry wynik kosmetyczny. O ile jednak nadłonowe cięcie cesarskie ze względu na powyższe zalety może skutecznie współzawodniczyć z cięciem ces. klasycznem przy ścieśnieniach miednic znacznego stopnia, to przy ścieśnieniach średniego stopnia należy, o ile się ma wolny wybór, dać pierwszeństwo cięciu przyłonowemu (pubotomia), jako operacyi technicznie łatwiejszej, mniej niebezpiecznej, mogącej pozostawić stałe rozszerzenie miednicy. Mimoto korzystniej będzie niekiedy i tu zastosować cięcie nadłonowe, szczególnie tam, gdzie chodzi o szybkie ukończenie porodu, o pewniejszą gwarancyę otrzymania płodu żywego i u pierwiastek, gdzie należy przypuszczać, że mimo cięcia przyłonowego trzeba będzie poród ukończyć przy pomocy kleszczy lub obrotu i nie będzie można czekać na poród samorodny. Przebieg i udanie się operacyi zależą do pewnego stopnia od chwili jej wykonania. Z początkiem czynności porodowej sięga bowiem fałd otrzewny pęcherzowo-maciczny (plica vesicouter.) jeszcze głęboko między pęcherz, a przednią ścianę macicy, tak że oddzielenie go od pęcherza, jak przy metodzie Sellheima, lub odsunięcie na bok prawy wraz z pęcherzem, jak przy metodzie Latzkiego, napotyka na wielkie trudności i często łączy się z mimowolnem naddarciem otrzewnej. W miarę postępu porodu jednak, podnoszący

się trzon macicy pociąga za sobą ku górze także ten fałd otrzewny, oddzielając go przytem mniej lub więcej zupełnie od pęcherza. Oddzielenie to będzie tem większe, im bardziej ścieśniona jest miednica, albowiem im wyżej główka stoi nad wchodem, tem silniej rozszerza dolny odcinek macicy. To też najkorzystniejszą do operacyi jest ta chwila, kiedy ujście macicy jest zupełnie rozwarte, pęcherz płodowy jednak jeszcze utrzymany. Do operacyi wybierać należy o ile możności przypadki, na pewno niezakażone. W przypadkach, podejrzanych co do zakażenia, radzi autor ranę zostawić otwartą i skrupulatnie ją sączkować; należy się też wystrzegać otwarcia sklepienia pochwy. W przypadkach autora operowano z początku metodą Sellheima, ostatnie jednak przypadki technicznie łatwiejszą metodą Latzkiego. Powłoki brzuszne i powięź przecinano zawsze poprzecznie, 2 palce nad spojeniem łonowem; odsłoniętą szyjkę macicy podłużnie. Krwawienie było zawsze małe, a cięcie pozwalało zawsze na wygodne wyciągnięcie płodu, i dzięki elastyczności tkanki macicznej nigdy nie powstawały dalsze naddarcia. Płód wyciągnięto 14 razy kleszczami, 4 razy przy pomocy obrotu na nóżkę, raz z położenia nóżkowego, a raz z miednicowego. Przeważnie czekano na samorodne odejście łożyska, czasem posługiwano się zabiegiem Credego, a rzadko tylko wydobywano łożysko ręcznie. Połóg przebiegał w 19 przypadkach prawidłowo, w 3 nastąpiło zakażenie, 2 z nich skończyły się śmiercią; śmiertelność matek wynosiła więc = 9·1%, płody urodziły się wszystkie żywe. Co do późnych następstw operacyi, dzisiaj nie można jeszcze nic pewnego powiedzieć. W szczególności chodziłoby tu o zachowanie się blizny macicznej przy następnych porodach, tembardziej, że wytwarza się ona w tem właśnie miejscu, które już w warunkach fizyologicznych ulega największemu rozciągnięciu, co w każdym razie usposabia do pęknięć. Frank podał już kilka przypadków, w których następne porody i połogi przebiegały pomyślnie. E. Ehrenpreis.

Dermatologia i syfilidologia.

Bering. **Jak wpływa odczyn swoisty surowicy na rozpoznanie, rokowanie i leczenie kiły.** (Arch. für Derm. u. Syph. 1909, Tom 98). B. na podstawie 2718 spostrzeganych przypadków dochodzi do następujących wniosków: Odczyn Wassermann-Neisser-Brucka jest swoisty i ma wielką wartość tak przy rozpoznawaniu, jakoteż przy leczeniu kiły, chociaż nie powinno się pomijać badania klinicznego. Dodatni wynik odczynu zależy nietyle od długości trwania choroby, ile raczej od obfitości zmian swoistych. Wystąpienie odczynu dodatniego jest wskazówką do energicznego leczenia przeciwkiłowego, stosowanego dopóty, dopóki się nie uda zamienić go na odczyn ujemny. Nieliczne przypadki, gdzie mimo wszystko odczynu ujemnego osiągnąć nie możemy, powinno się leczyć energicznie przez szereg lat (4–8), a jeśli i wtedy odczyn się nie zmieni, należy rokować źle. Leczenie powinno być jak najwcześniejsze i jak najenergiczniejsze. Jeśli tylko spostrzeże się krętki blade w podejrzanej zmianie, kiedy jeszcze niema zmian drugorzędnych, niema odczynu swoistego, powinno się podać natychmiast rtęć bardzo energicznie (14—16 wstrzyknięć śródmiąższowych kalomelu à 0·05) i starać się przez dalsze, okresowe podawanie rtęci (Hydrarg. salicyl) o niedopuszczenie zmiany odczynu na dodatni. Leczenie takie jest, zdaniem autora, ideałem leczenia kiły. Dr Weber.

Dohi. **Tatuowanie, a kiła.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1909, T. 96). D. opisuje przypadek kiły guzkowej u Japończyka, którego cały grzbiet pokryty był tatuowaniem tuszem chińskim i cynobrem. W miejscach, napuszczonych tuszem, powstała w skórze znaczna ilość wykwitów kiłowych, natomiast w skórze nietatuowanej było ich mniej, w miejscach zaś, barwionych cynobrem, nie można było znaleźć ani jednego guzka swoistego. Tusz chiński więc prawdopodobnie drażniąc skórę, tworzył niejako miejsca mniejszej odporności, w których osiedlał się jad kiłowy, natomiast cynober jako przetwór rtęciowy był dla niego glebą nieżyzną, co stanowi jeszcze jeden dowód wpływu rtęci na kiłę. Dr Weber.

F. Lewandowsky. **Badania doświadczalne gruźlicy skóry.** (Archiv f. Derm. und Syph. 1909, T. 98). Autor, wcierając świnkom morskim i królikom w skórę ogoloną i nacinaną płytko nożykiem bakterye gruźlicze, wyhodowane z toczenia, gruźlicy skóry (scrophuloderma) i przypadków chirurgicznych gruźliczych, przekonał się, że zakażenie zwierząt szczepionych występuje stale, jeżeli tylko szczepienie było odpowiednio wykonane. Zmiany, które powstają w miejscu szczepienia, zależne są od żywotności zarazka, rasy i indywidualności zwierzęcia szczepionego. U świnek morskich typowe owrzodzenie powstaje po dwóch tygodniach, u królika zależnie od miejsca, w którem szczepimy, zmiany będą podobne do tocznia lub do gruźlicy brodawkowej (t. verrucosa). Prawie zawsze i u świnek morskich i u królików rozwija się następowe zajęcie płuc, u świnek morskich nadto występuje marskość wątroby, jeśli tylko choroba rozwijała się dosyć powoli i trwała dość długo. Histologicznie spostrzega się prawie zawsze brak serowacenia. Naciek drobnokomórkowy u świnek jest bardziej rozlany, u królików więcej w kształcie guzków; komórki nabłonkowate u królików są większe, komórki plazmatyczne liczniejsze. Jeżeli po jakimś czasie u zwierzęcia, raz już szczepionego, ponowimy szczepienie bakteryami gruźlicy, odczyn będzie mniejszy, nie udaje się przenieść jednak tej względnej odporności na inne zwierzę zapomocą surowicy. Dr H. L. Weber.

C. Bruck. **Etyologia i patogeneza pokrzywki.** (Archiv für Derm. u. Syph. 1909, T. 96). Na poparcie hipotezy Wolff-Eisnera, że pokrzywka polega na nadczułości (anafilaksyi) ustroju wobec obcych ciał białkowatych, przytacza B. stałe występowanie tej choroby po spożyciu mięsa wieprzowego u pewnego chorego, u którego przed laty wystąpiło zatrucie po spożyciu kiełbasy wieprzowej. Znamienne jest następujące doświadczenie autora: 3 świnkom morskim wstrzyknięto po 10 cm³ surowicy nieczynnej wyżej opisanego chorego, innym 3 po 10 cm³ surowicy człowieka zdrowego. Po 24 godz. 1-ej, 2-giej, 4-ej i 5-ej śwince wstrzyknięto do jamy brzusznej po 5 cm³ nieczynnej surowicy świńskiej, 3-ej i 6-ej po 5 cm³ surowicy baraniej. Pierwsza świnka padła po 80 m. wśród objawów ciężkiego zatrucia, druga okazywała te same objawy chorobowe, jednakże przyszła do zdrowia. reszta pozostała zupełnie zdrową, jako dowód, że w surowicy badanego znajdowało się jakieś ciało swoiste, wywołujące nadczułość tego ustroju wobec surowicy świńskiej, a dające się przenieść biernie na zwierzęta zdrowe. W drugiej części swej pracy stara się B. dowieść, że pokrzywka powstaje wskutek podrażnienia nerwów (w myśl Neissera) i nie jest »zapaleniem« skóry. Dr H. L. Weber.

L. Brocq. **Dziegieć z węgla kamiennego w chorobach skórnych.** A. Jambon **Leczenie wyprysku dziegciem z węgla kamiennego.** (Annal. de derm. et de syph. 1909.

Dziegieć otrzymany z węgla kamiennego, wprowadzony w lecznictwie chorób skórnych przez Dinds, działa — zdaniem Brocqa — o wiele korzystniej od dotychczas znanych przetworów dziegciowych. Przytem jest tani, działa szybko i mało drażni skórę. Najlepsze wyniki daje w leczeniu wyprysku sączącego, pęcherzykowego, guzkowego, natury łojotokowej i przy swędzeniu skóry. Po dokładnem oczyszczeniu miejsca chorobowo zajętego ze strupów i łusek mydłem i eterem smaruje się je czystym dziegciem, czeka się 2—3 godzin aż do jego wyschnięcia, poczem puder i lekki opatrunek kończy zabieg. Co 4—7 dni smaruje się na nowo.

Jambon ogłasza 50 przypadków wyprysku, leczonego dziegciem z węgla kamiennego i przenosi go również nad

dotychczas stosowane przetwory dziegciowe. Zamiast pudru robi zaraz opatrunek z gazy białej. Po 4 godzinach, kiedy dziegieć wysechł, opatrunek zdejmuje. Po 48 godzinach zmywa stary dziegieć olejem migdałowym i pędzluje na nowo. Sączenie i świąd ustępują wkrótce, po 10—14 dniach choroba zwykle zostaje wyleczona. Dr Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 25 maja 1909.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przyjęto jednomyślnie do Towarzystwa kol. Władysława Kanię.

3) Kol. Bielański imieniem komitetu przedwyborczego oznajmia, że na prezesa Towarzystwa proponowano Prof. Dobrowolskiego, który jednakże odmówił. Komitet proponuje więc Prof. Wicherkiewicza.

W głosowaniu kartkami obrany został prezesem Prof. Wicherkiewicz.

Na wiceprezesa proponuje komisya przedwyborcza kol. Bochenka. Kol. Boczar proponuje kol. Stankiewicza. Na 62 głosujących otrzymali kol. Bochenek 33, kol. Stankiewicz 27, 2 karty puste. Na sekretarza dorocznego proponowała komisya przedwyborcza kol. Berezowskiego, który jednak kandydatury nie przyjął; kol. Borzęcki proponuje kol. Bujaka, którego też wybrano większością głosów.

Redaktorem wybrano przez aklamacyę Prof. Ciechanowskiego.

Do komisyi redakcyjnej na 51 głosujących otrzymali: kol. Krzyształowicz 49, kol. Lewkowicz 34, kol. Wojciechowski 46, kol. Eisenberg 39, kol. Rutkowski 42, kol. Spira 16.

Wybrani: kol. Krzyształowicz, Rutkowski, Eisenberg, Wojciechowski.

Na gospodarza domu wybrano przez aklamacyę kol. Seńkowskiego. Na przewodniczącego komisyi bojkotowej przez aklamacyę kol. Bielańskiego. Do komisyi rewizyjnej przez aklamacyę kol. Cerchę i Bielańskiego. Do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich Prof. Bylickiego i Prof. Browicza. Na delegatów na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal.: Prezesa, Redaktora, kol. Surzyckiego, Prof. Kostaneckiego, Prof. Browicza, kol. Kwaśnickiego, kol. Dobrowolskiego, kol. Damskiego, kol. Landaua Jana. Na zastępców delegatów: kol. Bochenka, Prof. Reissa, kol. Wachtla, kol. Schoenguta.

4) W dyskusyi nad wykładem Prof. Browicza przemawia kol. Eisenberg: W sprawie etyologii raka, nierozwiązanej dotąd mimo niezliczonych wysiłków, nauka z konieczności obracać się musi jeszcze w obrębie przypuszczeń i prawdopodobieństw. Teorya pasorzytnicza, która wobec niewystarczających innych teoryi nasuwała się drogą sugestyi powodzenia w innych dziedzinach patologii, dotąd nie zdołała przekonać o słuszności swych przypuszczeń. Co do żadnego z przyjmowanych kolejno zarazków raka czyto z grupy bakteryi, czy drożdży, czy pierwotniaków, nie można twierdzić, że spełnia warunki, stawiane co do swoistości zarazków. Także i zasadniczo rzecz biorąc, można podnosić poważne zarzuty przeciw teoryi pasorzytniczej wogóle. Liczne spostrzeżenia wskazują na wybitną rolę, jaką odgrywają w etyologii raka długotrwałe, choćby nieznaczne urazy lub szkodliwe wpływy chemiczne (rak u robotników parafinowych, rak kominiarzy, rak wargi dolnej od fajki, rak powłok brzusznych u pewnego szczepu Afgańskiego z powodu noszenia małego piecyka na brzuchu, nieznany w Europie rak języka u kobiet indyjskich z powodu żucia orzechów betelu). Spostrzeżenia te kazałyby przypuszczać wszechobecność zarazka rakowego, przypuszczenie, któremu nie odpowiada bynajmniej względnie mała częstość raka (vide gruźlica). Nadto i wyniki badań doświadczalnych nad rakiem, którym chcę kilka uwag poświęcić, zdają się przemawiać przeciw teoryi pasorzytniczej. Pokazują one, że można uodparniać zwierzęta przeciw rakowi już to przez to, że się im wstrzykuje miazgę rakową, jużto przez wstrzykiwanie miazgi narządów prawidłowych lub płodowych lub wreszcie krwi; spostrzeżenia te nie godzą się oczywiście ze swoistością, jaką zwykliśmy spostrzegać, gdy uodparniamy zwierzęta przeciw zarazkom bakteryjnym. Nadto zwierzęta takie, jak wykazał Ehrlich, są też odporne przeciw zaszczepieniu chrząstniaków, co do których niełatwo byłoby przypuścić etyologię zakaźną. Wreszcie, co najważniejsze, badania te wykazują bezpośrednio, że przeszczepialność raków z myszy na mysz związana jest bezwzględnie z obecnością nienaruszonej komórki rakowej; już ogrzewanie materyału szczepiennego do nizkiej stosunkowo ciepłoty (45—48°), nieszkodliwej dla znanych zarazków, zabijając komórki, znosi przeszczepialność raka, taksamo działanie bardzo słabych antyseptyków lub choćby tylko mechanicznego zmiażdżenia komórek. Jeżeli zaś wreszcie wobec tych faktów kto twierdzi, że sama komórka rakowa jest pasorzytem, to jest to oczywiście kapitulacyą teoryi pasorzytniczej lub omówieniem, nic nowego nie przynoszącem.

Nadto chciałbym zwrócić pokrótce uwagę i na inne wyniki tych badań doświadczalnych. Zasadniczo zajmują się one dwoma różnemi zagadnieniami, a mianowicie: w jakich warunkach rak zaszczepiony może się rozwijać, po drugie zaś, jakie jest »primum movens« rozwoju raka; odpowiedź na te oba zagadnienia dopiero rozwiązałaby sprawę etyologii raka w szerszem pojęciu. Co do pierwszego zagadnienia, doświadczenia te wskazują na odżywianie jako na najważniejszy warunek rozwoju przeszczepionego raka. I tak Ehrlich wykazał, że rak z myszy nie daje się przeszczepić na szczura, tak blizko z nią spokrewnionego; zaszczepiony nowotwór rozrasta się nieznacznie w ciągu pierwszego tygodnia, poczem wzrost ustaje, a nowotwór dość szybko ulega zupełnemu wessaniu. Ehrlich tłómaczy to ciekawe zjawisko przypuszczeniem, że do odżywiania raka potrzebne jest pewne swoiste ciało, ciągle wytwarzane przez przemianę materyi w ustroju myszy, natomiast obecne tylko w małej ilości i niedostatecznie odtwarzane przez ustrój szczura: stąd krótki początkowy wzrost ustaje i nowotwór ginie z braku odpowiednich ciał odżywczych. Ten rodzaj odporności E. nazywa »odpornością przez wygłodzenie« (athreptische Immunität). Nadto przy opisywanych wyżej próbach uodparniania, badania histologiczne wykazały, że gdy u zwierząt prawidłowych po zaszczepieniu rychło wrasta tkanka łączna unaczyniona w materyał zaszczepiony, zapewniając mu dostateczne odżywienie, to u myszy uodpornionych tkanka otaczająca nie oddziaływa na materyał zaszczepiony, nie zaopatruje w naczynia i przez to niejako zagładza. Dalej pokazał się ciekawy fakt, że u zwierząt ciężarnych szczepienie raka bywa zwykle bezskuteczne, jakgdyby odżywianie płodu, t. j. już istniejącego jakoby nowotworu, wyczerpywało ciała odżywcze, potrzebne dla rozwoju raka. Rak szczepiony u zwierząt młodych powstrzymuje ich rozwój ogólny, pozwalając tylko na rozwój narządów przyswajania i wydalania, tak że całe zwierzę staje się jakoby narządem trawiennym i wydzielniczym dla nowotworu. Najbardziej bezpośrednio dowodzą związku między odżywianiem, a rozwojem nowotworów, nader ciekawe doświadczenia, przeprowadzone niedawno przez Moreschiego w zakładzie Ehrlicha. Stwierdził on, że jeśli przed zaszczepieniem nowotworu przez jakiś czas głodzić myszy, to nowotwory nie przyjmują się wcale lub rozwijają się szczątkowo; taksamo głodzenie (ściśle mówiąc odżywianie niedostateczne) już po zaszczepieniu opóźnia rozwój raka lub całkiem go uniemożliwia, podczas gdy w myszach dostatnio żywionych rak bujnie się rozwija. Wszystkie te doświadczenia dowodzą, że sprawa odżywiania ma dla rozwoju raka bardzo ważne znaczenie i że bierze ona też wybitny udział

w odporności przeciwrakowej, podobnie, jak zarówno Ehrlich, jak Miecznikow, uważają ją za podstawę wszelkich zjawisk odporności wogóle.

Co się wreszcie tyczy drugiego kierunku badań doświadczalnych co do pierwszego bodźca rozwoju raka, to zgodnie z Prof. Kostaneckim uważam, że badania mechaniki rozwojowej rokują może najlepsze nadzieje co do rozwiązania tych zagadnień. Co do teoryi, czy hipotezy Dungerna i Wernera, to zdaje mi się, że w części swej hipotetycznej wzoruje się ona na teoryi Ehrlichowskiej i podobnie jak tamta niełatwo może być poddana badaniu doświadczalnemu; nadto zdaje się, że hipoteza ta tłómaczy wprawdzie podział komórek i wzmożoną ich mnożność, nie tłómaczy jednak tych swoistych cech, które stanowią istotę złośliwości nowotworów, t. j. zaczepności (agresywności) rozwijających się komórek. Wreszcie chciałbym wskazać na inne hipotezy działania bodźców twórczych; i tak Reinke uzyskał przez zadziałanie par eteru i innych narkotyków bujanie nabłonka soczewkowego i tłómaczy je tem, że ciała te, rozpuszczając osłonkę komórkową, złożoną z ciał tłuszczowatych (lipoidów), ułatwiają podział komórek. W ostatnim czasie Loeb (na Zjeździe peszteńskim) stwierdził, że cały szereg czynników cytolitycznych (komórkobójczych), jak podwyższona ciepłota, rozpuszczalniki tłuszczowe, glikozydy, surowice obce, działając w słabem nasileniu, umożliwiają samoistny podział komórki jajowej, działając na osłonkę jajową i przez to wzmagając procesy utleniania w jaju. Które z tych tłómaczeń zdoła kiedyś wskazać drogę do rozwiązania zagadki raka, trudno dziś powiedzieć; bądź co bądź trzeba iść tą drogą dalej, nie zaniedbując badań biochemicznych nad komórką rakową, które już dotąd dały pewne ciekawe wyniki. (Streszczenie własne).

Następnie przemawiali: Prof. Godlewski, Prof. Browicz i Prof. Nowak. Sekretarz: Morawski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z d. 15. Czerwca 1909.

1) Wiśniewski przedstawia przypadek **pierwotnego wrzodu kiłowego na brodawce sutkowej obok wczesnej różyczki kiłowej** na całem ciele; przypadek dotyczy mamki, zakażonej przez oseska.

2) Higier: **Niektóre zagadnienia dziedziczności w świetle badań genealogicznych**. Prelegent rozpatruje krytycznie błędne poglądy na sprawę dziedziczności, powtarzające się stale jeszcze od czasu prac Darwina. Powszechnie przyjęte tłomaczenie pojęć wrodzoności (congenitalitas) i usposobienia (dispositio), wad rozwojowych i potworności wrodzonych i nabytych, nie jest ściśle. Należałoby przyjąć podział chorób na wewnątrzpochodne i zewnątrzpochodne (endogen — exogen); w sprawie zwyrodnienia i obarczenia dziedzicznego należy uwzględnić korelacye histoplastyczne i histochemiczne. Mnogie rodzaje dziedziczenia dają się ująć w dwie główne kategorye: dziedziczenie bezpośrednie i dziedziczenie boczne, z których pierwsze daje się podzielić na postać ciągłą i przerwaną (atawistyczną), drugie na postać czystą i mieszaną. Podgrupę stanowi częsta u ludzi »hereditas matriarchalis masculina« w której dziedziczą wyłącznie potomkowie męzcy za pośrednictwem kobiet, dziedzicznemi zmianami niedotkniętych (daltonizm, krwawiączka i t. p.). Następnie rozpatruje prelegent krytycznie używane obecnie metody statystyczne i genealogiczne i uzasadnia swoje poglądy na kilku przykładach. — W dyskusyi przemawiał Pręgowski.

3) Janowski: **O otrzymywaniu i znaczeniu krzywych przedsionkowo-przełykowych.** Z.

Posiedzenie kliniczne d. 7. grudnia 1909.

1) Borsuk i Kozerski przedstawiają chłopca z **mięsakiem złośliwym szczęki dolnej**, leczonego naświetlaniem promieniami Röntgena. Poprawa widoczna i można oczekiwać, że tą samą drogą uda się przeprowadzić pomyślnie leczenie do końca.

2) Malinowski przedstawia chorą z guzami na kończynach górnych, usadowionymi wzdłuż nerwów. Guzy te są przy ruchach bolesne. M. rozpoznaje tu **chorobę Recklinghausena**.

3) Mutermilch Stanisław wygłosił rzecz p. t. **O stosowaniu w odczynie Wassermanna antygenu nieswoistego**. Omówiwszy podstawy teoretyczne metody Bordet-Gengou odchylania komplementu, oraz odczynu Wassermanna, przedstawia M. własne badania, które przeprowadzone zostały z wyciągiem alkoholowym z serca świnki morskiej w 150 przypadkach. Na 36 przypadków kiły, 27 dotyczyło kiły w okresie drugorzędnym i liczba dodatnich wyników wynosiła 25 t. j. 93%. 9 przypadków dotyczyło cierpień parasyfilitycznych; wynik dodatni otrzymano 8 razy (z płynami mózgowo-rdzeniowymi). Na 17 przypadków podejrzanych otrzymano 2 razy wynik dodatni, raz wątpliwy, 14 ujemny. Reszta, t. j. 91 przypadków, dotyczyło rozmaitych chorób skórnych, nerwowych i wewnętrznych. W tych przypadkach otrzymano wynik dodatni 4 razy. Z tych jednak 4 przypadków, jeden dotyczył chorego, który się przyznał, że miał wrzód twardy, drugi dotyczył chorego, co do którego wywiady rzucały podejrzenie w kierunku przebytej kiły, trzeci — chorej, która kilkakrotnie roniła.

Omówiwszy stronę teoretyczną odczynu Wassermanna, dochodzi M. do wniosku, że nie może tu być mowy nietylko o swoistych niwecznikach w surowicy chorych na kiłę, lecz wogóle o jakichkolwiek niwecznikach komórkowych. Wiązanie komplementu powstaje prawdopodobnie przez połączenie, jakie zachodzi między lipoidami, a pewnymi związkami koloidalnymi w surowicy krwi; innemi słowy, wytłómaczenie t. zw. odczynu Wassermanna należy do dziedziny chemii fizycznej.

4) Wretowski T. wygłosił rzecz p. t.: **W sprawie rozpoznawania bakteryologicznego cholery** (z demonstracyą przecinkowców swoistych, świeżo wyodrębnionych z przypadku zamiejscowego). Prelegent, opisawszy na własnym przypadku klasyczną metodę wyodrębniania przecinkowców cholery z kału, omawia dłużej pożywkę Prof. Dieudonné. Następnie przedstawia szereg hodowli cholery na agarze, peptonie, żelatynie, mleku, pożywkach Endo, Drigalskiego i Dieudonnego, oraz wyniki odczynu indolowego i nitrowoindolowego. Tadeusz Wilczyński.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

(Wydział lekarski).

VI. Ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 30. I. (12. II.) 1909.

Obecnych członków 38, gości 9. Przewodniczy prezes Prof. Zaleski.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

I. Prof. Ziemacki przedstawia chorego, urzędnika w wieku lat 28, który został zraniony kulą karabinową w dniu 9. I. 1905 przy salwie wojska podczas rozruchów. Kula przeszyła ramię prawe na wysokości szyjki anatomicznej kości ramieniowej od przodu. Strzał był dany z odległości 20—25 kroków. Kula zmiażdżyła kość i przebiła gałąź powierzchowną nerwu promieniowego, gdyż ręka odrazu obwisła bezwładnie i żadne ruchy wyprostne pięści nie mogły być na razie wykonane. Kość okazała się zdruzgotaną na mnóstwo części na przestrzeni 12—15 ctm. pod główką kości ramieniowej. Cząsteczki kości poczęści wyszły przez wylot, poczęści ugrzęzły w mięśniach. Około 4 lat istniejący bezwład mięśni, zaopatrywanych przez nerw promieniowy (gałąź powierzchowną) sprawia choremu wiele niedogodności. Mówca sądzi, iż należałoby spróbować w da-

nym razie zeszyć nerw. Operacya pozostanie bezowocną, jeżeli już nastąpiło zupełne zwyrodnienie mięśni.

Dyskusya: Prof. Szawłowski: Ponieważ czynności niema, więc należy przypuszczać, że nastąpił zanik nerwu promieniowego. Czy nastąpił również zanik odpowiednich mięśni, trzeba przekonać się zapomocą elektryczności, bo jeżeli przypuszczenie okaże się słusznem, w takim razie żadna operacya nie będzie uzasadniona. — Doc. Noiszewski zapytuje prelegenta, czy nie nastąpi czasem po operacyi pogorszenie; jest to pytanie bardzo ważne i należy je wyświetlić w każdym razie przed wykonaniem operacyi. — Prelegent: Operacya w każdym razie zaszkodzić choremu nie może. Jeżeli się nie uda odnaleźć dośrodkowego odcinka nerwu, w takim razie można nerw łokciowy przyszyć do nerwu promieniowego, a już chory sam się potem nauczy wyróżniać ruchy. Pod tym względem żadnego niebezpieczeństwa niema. Naturalnie, jeżeli nastąpił już zanik, operacya nie da żadnych wyników. Prelegent dodaje, że chory sam chce poddać się operacyi i jest powiadomiony o możliwej ewentualności. — Dr Jastrzębski zapytuje, czy istnieje u chorego oddziaływanie mięśniowe. — Prelegent: Cały ten przeciąg czasu stosowano miesienie i elektryczność. Dwa tygodnie temu, kiedy prelegent widział chorego po raz ostatni, oddziaływanie mięśniowe było. — Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje za ciekawy pokaz chorego.

II. Nastąpiło odczytanie sprawozdań dorocznych:

a) Sprawozdanie sekretarza działu naukowego »Związku« i Wydziału lekarskiego, Doc. Sowińskiego:

Jak wiadomo, b. Koło lekarzy polskich w ciągu 7 lat istniało jako »Opieka lekarska« przy rz. kat. Tow. Dobroczynności. W ostatnim roku swego istnienia, czując potrzebę rozszerzenia swej działalności, a zarazem chcąc zespolić także licznie zamieszkałych tu nad Newą rodaków przyrodników, powzięto myśl utworzenia wielkiego Towarzystwa, któremu dano nazwę »Związek polski lekarzy i przyrodników«. Dużo poniesiono porażek, zanim nastąpiło legalne pozwolenie na otwarcie tego »Związku«. Wszystkie przeszkody zostały zwalczone. Wreszcie w dniu 18/31. stycznia 1908 odbyło się Walne Zgromadzenie; od dnia tego począł istnieć »Związek«, mając na początku tylko 2 wydziały: Wydział lekarski i przyrodniczy. Otóż rok ubiegły był pierwszym rokiem istnienia »Związku«.

Posiedzeń w roku zeszłym »Związek« odbył: ogólnych naukowo-administracyjnych 5, z tych 1 inauguracyjne, 1 poświęcone pamięci Prof. Mierzejewskiego, 1 jubileuszowe ku uczczeniu 25-letniej działalności lekarskiej Prof. Szawłowskiego, Prof. Ziemackiego i Dra Zakrzewskiego; posiedzeń Wydziału lekarskiego było 4. Do tej liczby należy dodać jeszcze 1 Walne Zgromadzenie organizacyjne »Związku«. Na mocy zapadłej uchwały Związek nie zrywał stosunków z rz. kat. Tow. Dobroczynności i Wydział lekarski również istniał, jako dawniejsza „Opieka lekarska« przy rzeczonem Towarzystwie. Otóż »Opieka lekarska« odbyła 2 posiedzenia: 1 administracyjne, drugie wskutek odezwy prezesa rzeczonego Towarzystwa w celu przedsięwzięcia środków ku zabezpieczeniu zdrowotności (wobec epidemii cholery) w instytucyach, znajdujących się pod opieką rz. kat. Towarzystwa Dobroczynności w Petersburgu.

Średnio uczęszczało na posiedzenie ogólne naukowo-administracyjne 68 osób, na posiedzenia Wydziału lekarskiego 30. W dyskusyach nad odczytami brało udział 20 osób.

Wygłoszono 20 odczytów, z tych na posiedzenia ogólne przypada 11, na posiedzenia Wydziału lekarskiego 9. Odczyty w chronologicznym porządku przedstawiają się, jak następuje:

1) Prof. Merczyng: Ilościowe granice poznania natury. 2) p. Łukaszewicz: O zasadach filozofii naukowej. 3) Dr Gutowski: O warunkach zdrowotnych w Carskiem Siole. 4) p. Leśniewska: Znaczenie specyalnego wykształcenia pracujących w aptekach przed ich wstąpieniem na drogę farmaceutyczną. 5) Prof. Dr Czeczott: Zarys działalności naukowo-społecznej i obywatelskiej ś. p. Prof. Dra Jana Mierzejewskiego: 6) Jenerał inż. wojsk. Kątkowski: Znaczenie badań mikrobiologicznych dla charakterystyki wody. 7) Dr Moraczewski (z Karlsbadu) (gość): Zależność indykanu od indolu. 8) p. Próchnicki: *a*) Pokaz tworzenia się kryształów na szkle, *b*) Atrament własnego wynalazku dla stemplowania bielizny. 9) Prof. Ziemacki: Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych. Dwa przypadki operacyi na pęcherzyku żółciowym. 10) Dr W. Dzierzgowski: O katalazie przewodu pokarmowego (żołądka i jelit) z pokazami odczynów chemicznych. 11) Prof. Ziemacki: W sprawie podniesienia produkcyi krajowej wyrobów farmaceutycznych i lekarskich, oraz szerszego rozpowszechnienia wód mineralnych krajowych. 12) Prof. Ziemacki. W sprawie chirurgii dróg żółciowych. 13) Dr W. Kozłowski: Nowy sposób łączenia moczowodów z pęcherzem (urethero-cystostomia) na zasadzie własnych doświadczeń na psach. 14) Prof. Zaleski: Wrażenia z IV. Zjazdu czeskich lekarzy i przyrodników w Pradze. 15) Kand. chemii p. A. Ossendowski: Chemia światła (fotochemia) i jej znaczenie w ekonomii przyrody (z pokazami). 16) Prof. Zaleski: Zarys naukowej działalności jubilatów. 17) p. St. Wisłouch: Zjawiska samoświecenia się u roślin (z pokazami świecących się drobnoustrojów). 18) Inż. R. Chmielewski: O słonych jeziorach nadkaspijskich. 19) Dr Jastrzębski: Trzy przypadki tak zwanej »anaemia pseudoleucaemica infantum« (z pokazami preparatów drobnowidowych krwi).

Wszystkie odczyty prócz jednego mieli członkowie Związku, niektóre z nich były objaśnione przedstawieniem preparatów drobnowidowych, pokazami odczynów chemicznych, pokazami bakteryologicznymi i widmowymi. Prócz tego były 3 demonstracye chorych

W dniu 21. marca (3. kwietnia) 1908 r. Związek uznał wybory w Wydziale farmaceutycznym i Wydział farmaceutyczny ogłoszono jako czynny. Wkrótce ma wyłonić się Wydział dentystyczny i techniczny.

Związek wziął udział w dwóch Zjazdach: na IV. Zjeździe czeskich lekarzy i przyrodników w Pradze był reprezentowany przez prezesa Prof. Zaleskiego, a na I. Wszechrossyjskim Zjeździe otolaryngologicznym w Petersburgu przez Prof. Zaleskiego, Doc. Sowińskiego i Dra Eliassona.

Utworzono komitet szpitalny w celu zebrania funduszu na budowę szpitala polskiego w Petersburgu Pismem urzędowem »Związku« obrano »Przegląd lekarski« w Krakowie.

Tak średnia liczba uczęszczających na posiedzenia ogólne, jak również i na posiedzenia Wydziału lekarskiego jest najlepszym dowodem ogólnego zainteresowania tem nowem naszem Towarzystwem. Ilość odczytów, a zwłaszcza ich jakość, najwymowniej świadczą o wysokich naukowych stronach »Związku«. Należy przypuszczać, że i nadal to zainteresowanie nie ostygnie, i każdy z członków będzie dzielił się swym dorobkiem naukowym, dopomagając w ten sposób do rozkwitu naszego młodego, bo zaledwie rok liczącego »Związku«.

b) Sprawozdanie sekretarza działu administracyjnego »Związku« i Wydziału lekarskiego, Dra Ulińskiego:

Posiedzeń »Rady« w roku ubiegłym było 7, na których uchwalono, co następuje. Wydrukować ustawę »Związku« w ilości 1000 egz. w języku polskim i 500 egz. w języku rosyjskim. Za lokal dla posiedzeń »Związku« obrać »Ognisko polskie« i umieścić tam bibliotekę. »Przeglądowi lekarskiemu« jako urzędowemu pismu »Związku« przesłać zasiłek w kwocie 100 rsr.; prócz tego sprowadzać 1 egzemplarz płatny dla »Związku« i prosić członków o »popieranie »Przeglądu«. Z kasy »Koła pomocy lekarskiej« zapłacić 100 rsr. za maskę i popiersie ś. p. Strawińskiego, b. prezesa »Koła« i umieścić je w lokalu »Ogniska«. Ogólną sumę majątku »Koła pomocy lekarskiej« przelać do kasy »Zwią-

zku«, jako mającego nadal spełniać też same obowiązki ogólno-społeczne, które dotąd pełniło »Koło«. Uchwalono doprowadzić do skutku projekt budowy szpitala polskiego w Petersburgu, przeważnie dla biednych rz, kat. wyznania. W tym celu do przedstawicieli kolonii polskiej w Petersburgu rozesłano odezwę; odbyło się organizacyjne posiedzenie, na którem zawiązał się osobny komitet szpitalny; zadaniem tego komitetu ma być przedewszystkiem zebranie niezbędnych funduszów na wybudowanie szpitala. Wiceprezesem tego komitetu został obrany Dr Zakrzewski, sekretarzem Dr Bykowski, pomocnikami: Dr W. Kozłowski i Dr Jastrzębski, a skarbnikiem Dr Hattowski. Uchwalono wydrukować 500 książeczek-kwitaryuszów do zbierania składek. Dla powiększenia funduszu szpitalnego uchwalono prosić artystę Bolesławskiego z Warszawy, który bawił wraz z trupą w Petersburgu, o zaofiarowanie jednego przedstawienia na cel budowy szpitala. W celu organizacyi tego widowiska zawiązał się komitet, do którego weszli: Prof. Zaleski, Dr Bykowski, Dr Uliński, Dr Hattowski, Dr Zakrzewski. Dzięki Drowi Bykowskiemu, który wziął w tej sprawie bardzo czynny udział, przedstawienie to doszło do skutku w teatrze »Komedya« i dało czystego dochodu 1000 rsr. W parę miesięcy potem dzięki staraniom Dra Zakrzewskiego odbył się koncert artystów opery włoskiej w Małym Teatrze, który to koncert na warunkach procentowych z parteru i lóż dał zysku koło 1000 rsr. — Dalej uchwalono wydatki na żałobne nabożeństwo Wyspiańskiego pokryć z kasy »Koła pomocy lekarskiej«. Wyrażono podziękowanie pani Strawińskiej za dar książek naukowo-lekarskich po ś. p. Strawińskim.

Dla uprzedniego porozumienia się z przedstawicielami kolonii polskiej, przyrodnikami i dla umożliwienia im wytworzenia Wydziału przyrodniczego i dokonania wyborów, tak, jakby oni pragnęli, w zakresie jednak obowiązującej ustawy, uchwalono rozesłać do nich odezwę z prośbą o przybycie na przygotowawcze posiedzenie. Na dość licznem posiedzeniu tem roztrząśnięto i zdecydowano sprawę wyborów ogólnych i na Wydziałach. Potem ostatecznie uzupełniono listę przyrodników. Wybory uchwalono przeprowadzić w ten sposób, iż prezes będzie jeden (ogólny dla wszystkich Wydziałów). Każdy Wydział będzie miał swego wiceprezesa. Skarbnik — jeden ogólny. Bibliotekarz również 1 (i kustosz). Wydział lekarski posiadać ma 2 sekretarzy, przyrodniczy — jednego. Prócz tego do Rady »Związku« Wydział lekarski obiera 4 członków, a przyrodniczy — 2. Do komisyi rewizyjnej obydwa Wydziały obierają razem 4 członków, z których jeden jest jej prezesem.

Uchwalono inauguracyjne Walne Zgromadzenie »Związku« zwołać na 18/31. stycznia 1908. Dzień ten jest początkiem istnienia »Związku«. Na tem posiedzeniu zebrano podpisy wszystkich obecnych, które mają być przechowywane w archiwum »Związku«. Na księgi rachunkowe uchwalono w myśl ustawy wydać 115 rsr. (Dok. nast.).

Polityka, a medycyna.

Niedawno w artykule pod tym tytułem (por. Nr 45. z r. 1909) podaliśmy między innemi wiadomość o bezstronnem stanowisku, jakie wobec I. Zjazdu neurologów i psychiatrów polskich zajęła »Sowrem. Psichijatria«. W związku z tem pomieszcza ten miesięcznik obecnie uwagi, zasługujące na wzmiankę, a wywołane listem jednego z psychiatrów Rosyan z Warszawy. Autor listu zapytywał redakcyę »Sowr. Psichijatrii«, jak powinni byli zachowywać się psychiatrzy i neurolodzy Rosyanie, pracujący w Królestwie Polskiem (np. w Tworkach) wobec owego Zjazdu: czy brać w nim czynny udział, czy też wysłać telegramy powitalne po polsku, jak to uczyniła redakcya »Sowr. Psichijatrii« lub po rosyjsku, jak Prof. Bechtierew, który przesłał życzenia, aby polityka nie przeszkadzała pracy naukowej. Psychiatrzy Rosyanie z Królestwa nie byli na Zjazd zaproszeni.

Wobec tego listu określa »Sowr. Psichijatria« pogląd swój, jak następuje: »Zamiast odpowiedzi na ten list, chciałaby redakcya »Sowr. Psich.« zapytać jego autora, czy psychiatrzy Rosyanie w Królestwie biorą udział w miejscowem życiu naukowem i naukowo-społecznem i w jakim do niego są stosunku? Nie widać bowiem, aby brali oni jakikolwiek udział w pracy lekarskich Towarzystw naukowych. Nie przypuszczamy, aby lekarze-Rosyanie, zatrudnieni w zakładach w Królestwie Polskiem, nie przyswoili sobie języka ludności miejscowej; w przeciwnym bowiem razie działalność ich byłaby bezpłodna. Natomiast ogólnie znany jest udział Polaków w naukowych Towarzystwach rosyjskich w stolicy państwa. »Zamiast jedności przymusowej — zjednoczenie dobrowolne; zamiast jedności, polegającej na pochłonięciu Polski przez Rosyę — jedność, oparta na równości i niepodległości obu narodów«. W tych szlachetnych słowach A. I. Herzena — odpowiedź dla autora listu, w jaki sposób powinni byli zbliżyć się psychiatrzy Rosyanie do I Zjazdu psychiatrów polskich w Warszawie; sposób to, wymagający długiego czasu i wielkich, wytrwałych usiłowań. O tem zapomniał psychiatra Rosyanin z Warszawy, autor wystosowanego do nas listu«. K.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 15. I. b. r. we Lwowie opinię w sprawie posady tymczasowej docenta higieny w seminaryum w Sokalu, posady lekarza seminaryum w Czortkowie, taks szpitalnych w Tarnopolu, Przemyślanach, Przemyślu, Jarosławiu, utworzenia okręgu sanitarnego w Muszynie, wywłaszczenia w celach sanitarnych realności we Lwowie, dyet dla lekarzy z powodu duru plamistego i opodatkowania wód mineralnych.

Nową fundacyę lekarską tworzy, jak donosi »Głos lekarzy« (Nr 2) Izba lekarska wschodnio-galicyjska według projektu swego prezydenta Dra Festenburga. Będzie to kasa wsparć dla wdów i sierot po lekarzach i podupadłych lekarzy, oparta na kapitale żelaznym, którego podstawę stanowić będzie 50.000 kor., zgromadzone dotąd na ten cel przez Izbę, a wzrastającym przez wpływy z grzywien, corocznych subwencyi Izby i z ofiar dobrowolnych. C.

W uwagach o leczeniu ludu (»Głos lek.« Nr 2) podnosi Dr Grossek, że przeszkoda do należytego rozwoju działalności lekarskiej wśród ludu leży głównie w zasadniczem nieporozumieniu między chorym, a lekarzem. Chory z ludu, mający światopogląd mistyczny, zgłasza się do lekarza (czy znachora), oczekując jakiegoś cudownego wyleczenia jakiemś lekarstwem; lekarz zaś współczesny daje mu rady, oparte na poglądzie przyrodniczym i obejmujące głównie leczenie czynnikami przyrody, wobec którego leczenie farmaceutyczne schodzi na plan drugi. Ponieważ lekarze do pojęć ludu zniżyć się nie mogą i nie powinni, przeto trzeba pojęcia ludu podnieść, wykształcić w nim lepsze zrozumienie porad lekarskich. Osiągnąć to można, oświeciwszy lud, »przynajmniej o tyle, aby uważał chorobę za zjawisko przyrody, na którego przebieg wpływają przyrodzone siły«. R.

W walce z partactwem popełniają lekarze, zdaniem Dra Klęska (»Głos lek. Nr 2), wiele błędów, przedewszystkiem przez to, że potępiają partactwo w czambuł, nie znając przeciwnika (literatury partackiej) i nie uwzględniając, że niekiedy nawet laik może wpaść na dobre pomysły (Priessnitz, Hessing); dalej przez to, że obniżają powagę własnej nauki, np. przez lekkomyślną, a zbyt stanowczą krytykę postępowania kolegów; w końcu przez lekceważenie opowiadań chorych o leczeniu u partaczy i niezadawanie sobie trudu dyskusyi i naukowej argumentacyi w każdym poszczególnym przypadku, oraz przez to, że nie zwalczają partaczy początkujących, że walczą w pojedynkę, a nie przez korporacye i zbyt pospiesznie, nie mając w ręku dostatecznych dowodów przeciw partaczowi. Dr Klęsk proponuje utworzenie przy

Izbach lekarskich lub Związkach zawodowych — komisyi do walki z partactwem. Komisye te powinny badać »metody leczenia« partaczy, informować o tem lekarzy i zwalczać sposoby szkodliwe zapomocą dzienników; dalej powinny badać przypadki rzekomego wyleczenia przez partaczy i wreszcie zwalczać wszelkie partackie ogłoszenia i reklamy, oceniać wydawnictwa książkowe partackie i zdawać publicznie z ocen tych sprawę. Skargi na partaczy powinny wnosić do sądu korporacye lekarskie na zasadzie pewnych dowodów. R.

Sprawę zaopatrzenia kraju w dobrą wodę poruszyła miejska komisya sanitarna we Lwowie, rozpatrując na posiedzeniu 8. I. b. r. wyniki badań bakteryologicznych wody z potoków Szczerek i Stawczanka w okolicy Lwowa, podejrzanej jako źródło duru, a zawierającej, jak się okazało, obficie prątki okrężnicy. W dyskusyi nad tą sprawą podniesiono konieczność przypomnienia w Sejmie o uchwale sejmowej z r. 1908, aby Wydział krajowy zwołał w sprawie zaopatrzenia kraju w dobrą wodę ankietę fachową i przedłożył Sejmowi na jej zasadzie wnioski w jednej z najbliższych sesyi. — Przypomnienie takie byłoby istotnie na czasie, choćby ze względu na to, że mogłoby przyspieszyć zgromadzenie koniecznego do tej ankiety materyału. R.

Składka noworoczna na fundusz wdów i sierot im. ś. p. Jordana za rok 1909. (Dok.).

Po dwie korony nadesłali: Drowie Z. Reuberger, A. Landau, T. Fechter, G. Turzański, Z. Dzikowski, Z. Maurer, J. Tarchalski, R. Gerber, T. Cybulski, St. Szczurkowski, T. Bąkowski, I. Schmar, W. Wiszniewski, T. Janiszewski, G. Bikeles, W. Ziembicki, J. Opolski, J. Lubowiedzki, B. Kibitz, K. Berezowski, St. Czarnik, Sz. Bibring, Prof. Gluziński, M. Reichenstein, A. Kasprzyk, O. Zimmermann, C. Dolnicki, E. Kowalewski, St. Jasiński, I. Meller, M. Sołtysik (Stryj), H. Breyer, A. Damm, G. Bielański, W. Stankiewicz, I. Rosmarin, I. Bory, B. Blech, I. Barban, E. Dawidowicz, Łodygowski, St. Gąsiorowski, I. Przystópski, M. Ziembiński, I. Jurowicz, Finkel, I. Kostman, Halarewicz, A. Bard, I. Feuerstein, St. Łuniewski, I. Rosner, W. Stablewski, L. Weisberg, E. Zaleski, A. Willer, J. Woytkowski, L. Fürbek, W. Fiałkowski, Z Manheim, A. Łobaczewski, Wilson, R. Stroka, Zarzycki, E. Müller, A. Tarnawski, Tymot. Piotrowski, T. Torczyński, J. Szewczyk, Fr. Chaderski, M. Blassberg, C. Sędzimir, D. Mohr, S. Taub, W. Piaskiewicz.

Po koronie nadesłali: Drowie L. Sobieszczański, Budzynowski, Z. Aschkenazy, Śliwiński, A. Wrzosek, M. Salpeter, Ozimek, T. Węclewski, I. Wachnianin, I. Reischer, Sztencel, R. Lenartowicz.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 9. I. do 15. I. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Barysz 12), Horodenka (Niezwiska 2, Żywaczów 1), Jaworów (Wierzbiany 1, Podłuby 2), Kałusz (Dołżka 3), Lisko (Dwernik 1), Nadwórna (Nadwórna 2, Tarnowica leśna 1), Nisko (Łętownia 1), Rawa (Ulicko seredkiewicz 4), Śniatyn (Zabłotów 2), Zborów (Grabkowce 6, Jezierzanka 1, Kadobińce 7). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. I. do 15. I. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 2, płonicy 13 † 3 (6 † 3), odry 2, duru brzusznego 2 † 1 (1 † 1), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 1, nagm. zapalenia przyusznic 9. Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 19. I. 1910 posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawił przeszczepienie 5-go palca stopy w dłoń lewą celem zużytkowania do dalszej plastyki (twarzy), oraz 4 preparaty nerek, wyciętych z powodu gruźlicy, Dr Radliński przedstawił chorą, operowaną z powodu gruźlicy nerki, Dr Hładij — rentgenogramy, okazujące odradzanie się kości po całkowitem podokostnem usunięciu kości, a r. dw. Prof. Wicherkiewicz — operowaną swoim sposobem zmarszczkę nakątną i opadnięcie powiek, operowane podług Weckera. Następnie Dr Blassberg miał wykład: »O tak zwanym artrytyzmie«. Dyskusyę odłożono.

— Otrzymujemy następujące pismo:

»Apteka krakowska Gralewskiego, Jahra i Blumenfelda przysłała mi podkładkę biurową firmy Richtera z kalendarzem i poleceniem przez firmę wyrabianych leków, wszystko w języku niemieckim. Prawdopodobnie podarkiem tym uszczęśliwiono wielu lekarzy w Krakowie i Galicyi i chyba wszyscy uważać muszą zarzucanie nas lekarzy Polaków niemieckiemi reklamami, choćby w postaci i najpiękniejszych podarków, za bardzo niewłaściwe, a dziwię się, że znalazła się w Krakowie apteka, która użycza firmie tej czy innej do podobnych celów swego pośrednictwa, lekceważąc sobie obowiązek, przypominany przemysłowcom naszym krajowym przez Straż polską. Niezamówiony przezemnie kalendarz podkładkowy pośrednikowi odesłałem, podając powody.

Nowy Rok przynosi nam sporo takich rozmaitych podarków w postaci kalendarzy, bezwartościowych zazwyczaj, a zawsze reklamujących firmy niekrajowe, które polecają towar obcy. Odsyłaniem tych nieproszonych »podarków« powinniśmy tamę położyć natrętnemu polecaniu obcych wyrobów, często mało wartościowych, a to tem bardziej, gdy nawet przy tem nasz język nie bywa uwzględniany. Wyzyskują nas, a w dodatku jeszcze nam urągają. Ocknijmy się! Prof. Dr Wicherkiewicz«.

— Kolega Dr Wilczyński z Krakowa złożył na fundusz dla wdów i sierot im. ś. p. Jordana — kwotę 80 koron, jako nieprzyjęte honoraryum od pani K.

Wydział Związku lekarzy na tej drodze przesyła koledze Wilczyńskiemu za dar ten serdeczne podziękowanie.

Sekretarz: Dr Weinsberg. Prezes: Prof. Wicherkiewicz.

— Dr Maryan Bukowski, lekarz okręgowy, mianowany został przez Radę m. Sokołowa (koło Rzeszowa) obywatelem honorowym miasta.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Seweryn Mściwujewski, rodem z Hubaczkowa w Galicyi i p. Alojzy Malinowski, rodem z Radomyśla nad Sanem.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego, po dorocznym wstępnym wykładzie p. J. Tura: »Podstawy teoretyczne embryologii anormalnej«, przedstawili m. i. p. L. Silberstein pracę p. t. »Niezmienniki fal Roentgena«, a p. Z. Weyberg: »Spostrzeżenia nad promieniotwórczością atmosferyczną w okolicy Ojcowa i Olkusza« (przedst. p. S. Dickstein).

— Poświęcenie nowego pawilonu na 50 łóżek w Zakładzie dla chorych umysłowo w Drewnicy, utrzymywanym przez »Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi«, odbyło się 9. I. 1910. Pawilon, odpowiadający wszelkim nowoczesnym wymogom, wykonano według planów budowniczego Hosera. Zakład w Drewnicy może obecnie pomieścić 200 chorych. Powstanie i rozwój zawdzięcza zakład głównie wielkiej energii i nieznużonej pracy Dra K. Rychlińskiego.

— Szkoła położnych (»babek«) wiejskich przy Instytucie położniczym warszawskim okazała się przez 5 lat istnienia bardzo pożyteczną i potrzebną; w r. b. na 25 miejsc wakujących zgłosiło się 122 kandydatek. Władze rządowe mają obecnie rozstrzygnąć, czy szkoła nadal istnieć będzie. (Gaz. lek. 3).

— Na wakującą po ś. p. Dr Karczewskim ordynaturę przy szpitalu Dzieciątka Jezus zgłosiło się podobno 20 kandydatów. Jak zaznacza »Medycyna i Kronika lekarska«, nie rozstrzygnięto dotychczas, jaką drogą ma być obsadzona ta posada, wobec jednak kilku chirurgów-ordynatorów bez oddziału, prawdopodobnie nowego konkursu nie będzie.

— Osławiona organizacya pomocy lekarskiej dla ludności gubernii Płockiej, wprowadzona przez rząd na próbę tymczasowo przed 10 laty, została niestety utrzymana na dalsze 3 lata wskutek uchwały Dumy i Rady Państwa.

Z różnych stron. Dyplom doktorski uzyskał we Lwowie p. Henryk Stefan Sochański, rodem z Krakowa.

— Dowiadujemy się, że ogłaszanie sprawozdań z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w »Wiener klinische Wochenschrift« (o czem donosiliśmy w Nrze 3. r. b.) zainicyował w r. 1908 ówczesny prezes Towarzystwa, prym. Dr Wilhelm Pisek, który też wziął na siebie główny ciężar połączonej z tem pracy.

— W Petersburgu odbył się w ubiegłym tygodniu III Zjazd psychiatrów rosyjskich pod przewodnictwem Prof. Bechtierewa, który rozpoczął Zjazd od podniesienia zasług dwu Polaków, Prof. Balińskiego i Prof. Mierzejewskiego, jako twórców psychiatryi w Rosyi. Jednym z 4 wiceprezesów Zjazdu wybrany został Polak, Prof. Czeczott. W szóstym dniu Zjazdu (15. I. n. s.) odbyło się osobne uroczyste posiedzenie dla uczczenia pamięci znakomitych rodaków naszych, Prof. Balińskiego i Prof. Mierzejewskiego. Na posiedzeniu tem wygłosili stosowne mowy Prof. Bechtierew, Prof. Czeczott i Prof. Formanek z Pragi.

— Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu

wydelegował na III Zjazd psychiatrów rosyjskich Prof. Czeczotta, Doc. Sowińskiego i Dra Konasiewicza, a na XII Zjazd rosyjskich przyrodników i lekarzy w Moskwie Prof. Zaleskiego, jako swych przedstawicieli.

— Naczelnik Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, Prof. Danilewskij, zwracając ministerstwu projekt nowej ustawy Akademii, podał się zarazem o dymisyę.

— II. międzynarodowa konferencya w sprawie raka odbędzie się w Paryżu 1—5 października b. r.

— »Deutsche medizinische Wochenschrift« (Nr 2) ostrzega przed odznaczeniami t. zw. »Academia fisico-chemica di Palermo«, nie mającemi żadnej wartości, a obliczonemi jedynie na wyzyskanie odznaczonych.

— Prezydyum Towarzystwa »Schroniska lekarskiego« w Maryenbadzie rozesłało do wszystkich Towarzystw lekarskich w Austryi odezwę, zachęcającą do ofiar na schronisko, z którego korzysta już co lata znaczna liczba kolegów. Datki przyjmują: Dr Grimm (prezes), i Dr Zörkendörfer (wiceprezes Towarzystwa) w Maryenbadzie.

Mianowani: dyrektorami klinik położniczych: w Göttingen Prof. Jung z Erlangen, a w Jenie Prof. Henkel z Gryfii; Dr Stanisław Jasiński ze Lwowa dyrektorem szpitala w Jaśle.

Zmarli: psychiatra Doc. Kolpin w Bonn, okulista Prof. Widmark w Stockholmie;

Dr Markus Apte w 83 r. ż. w Warszawie, Dr Czesław Bitner w Moszczenicach.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. Dr Perl. Uwagi o znaczeniu arhoviny dla lekarza praktykującego (Therapeut. Centrbl. Nr 11. 1909).

Autor stosował arhovinę w praktyce prywatnej i uznał ją za lepszą od środków balsamicznych, gdyż posiadając własności lecznicze, równe środkom balsamicznym, nie wywiera ona szkodliwych działań ubocznych, jak tamte środki. Jako dodatnie własności arhoviny wskazuje autor podniesienie się kwaśności moczu i wyjaśnienie się jego, jak również znieczulenie przewodu moczowo-płciowego. P. nie zauważył żadnych szkodliwych działań ubocznych. Arhovinę stosował P. w ostrym i przewlekłym wiewiórze i w wiewiórze u kobiet; zwłaszcza w leczeniu tego ostatniego poleca autor stosowanie arhoviny obok troskliwego leczenia miejscowego. Dla lekarza, wykonywującego praktykę prywatną, ważną jest ta zaleta arhoviny, że wpływ jej na podmiotowe dolegliwości jest nadzwyczaj dodatni. Dawka: 3 r. dz. 2 kaps. à 0·25 gr. arhoviny. Hr. W.